Ouderenmishandeling in Nederland

Ouderenmishandeling in Nederland

Inzicht in kennis over omvang en achtergrond van ouderen die slachtoffer zijn van ouderenmishandeling

Inger Plaisier (red.)
Mirjam de Klerk (red.)

Sociaal en Cultureel Planbureau
Den Haag, juni 2015

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is ingesteld bij Koninklijk Besluit van 30 maart 1973.

Het Bureau heeft tot taak:

a wetenschappelijke verkenningen te verrichten met het doel te komen tot een samenhangende beschrijving van de situatie van het sociaal en cultureel welzijn hier te lande en van de op dit gebied te verwachten ontwikkelingen;

b bij te dragen tot een verantwoorde keuze van beleidsdoelen, benevens het aangeven van voor- en nadelen van de verschillende wegen om deze doeleinden te bereiken;

c informatie te verwerven met betrekking tot de uitvoering van interdepartementaal beleid op het gebied van sociaal en cultureel welzijn, teneinde de evaluatie van deze uitvoering mogelijk te maken.

Het scp verricht deze taken in het bijzonder bij problemen die het beleid van meer dan één departement raken.
De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is als coördinerend minister voor het sociaal en cultureel welzijn verantwoordelijk voor het door het scp te voeren beleid. Over de hoofdzaken hiervan heeft hij/zij overleg met de minister van Algemene Zaken; van Veiligheid en Justitie; van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties; van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap; van Financiën; van Infrastructuur en Milieu; van Economische Zaken; en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

scp-publicatie 2015-14
Zet- en binnenwerk: Textcetera, Den Haag
Figuren: Mantext, Moerkapelle
Vertaling samenvatting: Julian Ross, Carlisle, Engeland
Omslagontwerp: bureau Stijlzorg, Utrecht
Foto omslag: Sabine Joosten / Hollandse Hoogte

isbn 978 90 377 0748 9
nur 740

Sociaal en Cultureel Planbureau
Rijnstraat 50
2515 xp Den Haag
(070) 340 70 00
www.scp.nl
info@scp.nl

De auteurs van scp-publicaties zijn per e-mail te benaderen via de website. Daar kunt u zich ook kosteloos abonneren op elektronische attendering bij het verschijnen van nieuwe uitgaven.

Inhoud

Voorwoord

Het is zo'n twintig jaar geleden dat in Nederland onderzoek plaatsvond naar het aantal slachtoffers van ouderenmishandeling. Er is sinds die tijd veel veranderd: er zijn meer ouderen, de zorg is sterk veranderd en de aandacht voor ouderenmishandeling is toegenomen. Er zijn allerlei initiatieven genomen om ouderenmishandeling te bestrijden en eerder te signaleren, zie bijvoorbeeld het actieplan 'Ouderen in veilige handen'. Wat echter ontbreekt, is een actueel beeld van het aantal slachtoffers van ouderenmishandeling.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) wil graag de aard, omvang en oorzaken van ouderenmishandeling laten onderzoeken. Hij heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau (scp) gevraagd eerst de bestaande kennis bijeen te brengen alvorens nieuw onderzoek te starten. Het scp heeft daarom diverse partijen benaderd die actuele gegevens hebben over ouderenmishandeling en hen gevraagd om deze gegevens samen te brengen in deze bundel. De Leyden Academy on Vitality and Ageing, Movisie, het Verwey-Jonker Instituut, Bureau Beke, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (igz) en de Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdiensten (ggd'en) hebben een bijdrage geleverd. Het is inspirerend om te zien dat zoveel verschillende organisaties, met elk hun eigen perspectief, zoveel inzet tonen en samenwerken om het zicht op een moeilijk bespreekbaar en te onderzoeken fenomeen te verbeteren.

De bundel is niet alleen tot stand gekomen door de inzet van de auteurs en hun organisaties. Ook Els Hekstra van de Protestant Christelijke Ouderen Bond (pcob) en Mirjam van Dongen van het Landelijk Platform ter Bestrijding van Ouderenmishandeling (lpbo) hebben met hun deskundige begeleiding en inhoudelijk commentaar een belangrijke bijdrage geleverd. Daarvoor wil ik hen graag bedanken.
Dankzij de grote inzet van alle auteurs, de begeleidingscommissie en alle respondenten van de verschillende onderzoeken, is er nu een goed overzicht van wat we in Nederland weten, maar ook wat nog ontbreekt in onze kennis over de omvang, aard en oorzaken van ouderenmishandeling.

Prof. dr. Kim Putters
Directeur Sociaal en Cultureel Planbureau

Samenvatting

Het begrip 'ouderenmishandeling'

Ouderen die door veranderingen in hun fysieke of geestelijke gezondheid afhankelijk zijn van hulp en ondersteuning kunnen slachtoffer worden van ouderenmishandeling. Zij kunnen psychisch of fysiek worden mishandeld, worden verwaarloosd, seksueel misbruikt of financieel worden uitgebuit door een bekende van wie zij afhankelijk zijn. Dit geldt zowel voor ouderen die zelfstandig wonen als voor ouderen in zorginstellingen. De pleger kan iemand uit de huiselijke kring of uit een professionele setting zijn. Soms wordt ouderenmishandeling met opzet gepleegd, maar er kan ook sprake zijn van ontspoorde zorg door overbelaste of onkundige mantelzorgers of professionals. De term 'ouderenmishandeling' is in zorg en beleid ingeburgerd, maar klinkt vaak zwaar, zeker als het om ontspoorde zorg gaat. Stelselmatig kortaf zijn tegen een aandacht vragende oudere, of eens wat voor je zelf aanschaffen bij het boodschappen doen is zeker niet goed te praten, maar zal in veel ogen geen mishandeling zijn. Omdat er geen andere term beschikbaar is, spreken we in dit rapport van 'ouderenmishandeling'. Hieronder kunnen dus zowel hele zware als hele lichte vormen vallen.

Aanleiding tot dit onderzoek

Het aantal ouderen neemt toe en daarmee ook het aantal ouderen dat van zorg afhankelijk is. Op basis van een enquête uit 1996 zijn er jaarlijks naar schatting 200.000 slachtoffers van ouderenmishandeling. Aangezien die enquête twintig jaar oud is, is er grote behoefte aan inzicht in de huidige aard, omvang en oorzaken van ouderenmishandeling. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) heeft op verzoek de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de huidige kennis bijeengebracht. Dat is gedaan met actuele gegevens uit kwalitatief onderzoek, uit enquêtes onder ouderen en onder professionals en vrijwilligers en uit registraties. Deze bundel toont tevens de hiaten in de kennis over ouderenmishandeling, die onderwerp kunnen zijn voor vervolgonderzoek dat de staatssecretaris wil laten uitvoeren.

Uitkomsten van kwalitatief onderzoek

De Leyden Academy on Vitality and Ageing deed kwalitatief onderzoek om zicht te krijgen op hetgeen betrokkenen onder ouderenmishandeling verstaan en wat zij als oorzaken zien (hoofdstuk 2). Daarvoor zijn individuele interviews gehouden met slachtoffers, niet-mishandelde ouderen en professionals, en groepsgesprekken met experts, beleidsmakers, hulpverleners en leden van belangenorganisaties. Op basis van een literatuurstudie is een indeling gemaakt van gangbare verklaringen van het voorkomen van ouderenmishandeling: factoren die samenhangen met eigenschappen van de oudere zelf (intrapersoonlijk), met de relaties die zij met anderen hebben (interpersoonlijk) en met de omgeving.

Ouderen zelf, en in mindere mate experts en professionals, noemen ook de marginale sociaalmaatschappelijke positie van ouderen en hun gevoel maatschappelijk minder waard te zijn, waardoor het risico op slachtofferschap groter wordt. Ook eenzaamheid en gebrek aan regie zijn belangrijke risicofactoren.

In de gesprekken is gewezen op het feit dat de afhankelijkheidsrelatie tussen slachtoffer en pleger vaak wederzijds is: de oudere is afhankelijk van de pleger voor hulp, maar de pleger is vaak afhankelijk van de oudere voor bijvoorbeeld huisvesting of financiën. Afhankelijkheid is verweven met gemengde gevoelens van kwetsbaarheid en het streven naar zelfredzaamheid. Dit zeggen zowel de ouderen zelf als de professionals en experts, terwijl dit in onderzoeksliteratuur niet voorkomt.

Als verklaring waarom ouderenmishandeling vaak niet ontdekt wordt, is onder meer genoemd dat slachtoffers, uit angst niet serieus genomen te worden, zichzelf niet snel als zodanig herkennen. Ouderen vinden dat er pas sprake is van ouderenmishandeling als er duidelijke schade of letsel is en de pleger bewust heeft gehandeld. Uit schaamte en angst voor de reactie van de omgeving schakelen mishandelde ouderen vaak geen hulp in.

Uitkomsten van enquête onder ouderen

In een grootschalige enquête onder de oudere bevolking in Nederland (155.000 respondenten) van de Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdiensten (de GGD'en), het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012, is gevraagd of mensen slachtoffer waren van huiselijk geweld (hoofdstuk 3). Hoewel ouderenmishandeling niet volledig onder de noemer huiselijk geweld valt te scharen en we dus niet zeker weten of het hier om 'echte' ouderenmishandeling gaat, is er wel een overlap. Uit de enquête blijkt dat 0,5% van de ouderen in de afgelopen vijf jaar te maken heeft gehad met huiselijk geweld, wat neerkomt op zo'n 15.000 slachtoffers. Ook als we bedenken dat in deze enquête niet is gevraagd naar financiële uitbuiting of verwaarlozing, is dit vermoedelijk een onderschatting van het werkelijke aantal. Een reden is dat ouderen die het grootste risico lopen op mishandeling, zoals heel oude, kwetsbare en sterk afhankelijke ouderen, niet meedoen aan een dergelijke enquête, omdat ze dat niet meer kunnen of de pleger dat belet. Een andere mogelijkheid is dat de ouderen zichzelf niet als slachtoffer herkennen door de formulering van de vraag.

Psychische mishandeling komt het meeste voor; seksueel geweld slechts in een enkel geval. Plegers zijn het vaakst (ex-)partners.

Vrouwen, ouderen met een slechte gezondheid en ouderen die moeite hebben met rondkomen zijn vaker slachtoffer. Eenzaamheid en depressieve en angstige gevoelens zijn eveneens risicofactoren. Verder zijn relatief jonge ouderen en hogeropgeleiden vaker slachtoffer van mishandeling. Mogelijk is dat een vertekening van de werkelijkheid: hoogbejaarden doen meestal niet mee aan een enquête, en hogeropgeleiden herkennen zichzelf misschien eerder als slachtoffer.

Uitkomsten van analyse van meldingen bij Steunpunten Huiselijk Geweld

Ouderenmishandeling in huiselijke kring (dus niet gepleegd door hulpverleners) kan worden gemeld bij een Steunpunt Huiselijk Geweld (SHG).[1] Het gaat meestal om zelfstandig wonende ouderen. Movisie verzamelt deze meldingen (hoofdstuk 4). Het aantal meldingen stijgt jaarlijks. In de eerste helft van 2014 zijn 1114 gevallen geregistreerd; na bijschatting komt dat neer op 2432 gevallen in heel 2014. Men moet hierbij bedenken dat bij de SHG's vooral duidelijke en ernstige vormen van ouderenmishandeling worden gemeld. In slechts een klein aantal gevallen (1 op de 8) meldt de oudere de mishandeling zelf; de meeste melders (twee derde) zijn professionals uit de zorg en welzijn of van de politie. In meer dan de helft van de gevallen gaat het om psychische mishandeling, gevolgd door lichamelijk geweld en financieel misbruik. Vaak komen meerdere vormen tegelijkertijd voor. Kinderen zijn het vaakst de pleger, gevolgd door partners.

Uitkomsten van onderzoek Barometer Ouderenmishandeling

Van de professionals en vrijwilligers in de zorg en ouderenwelzijn die meededen aan het Barometeronderzoek, een (internet)enquête door het Verwey-Jonker Instituut (hoofdstuk 5), herkende 40%-50% ten minste één geval van ouderenmishandeling. Omdat meerdere respondenten over hetzelfde geval kunnen rapporteren, kunnen we niet berekenen hoeveel slachtoffers er zijn. Wel geeft het percentage inzicht in de mate waarin professionals en vrijwilligers ouderenmishandeling signaleren.
Het vaakst gaat het om psychisch geweld, gevolgd door financiële uitbuiting, verwaarlozing en lichamelijke mishandeling. Seksueel misbruik is veruit het minst gezien. Kinderen, partners en andere familieleden zijn het vaakst de pleger, maar in 15%-20% van de gevallen was de pleger een professional.
Vaak is de mishandeling niet opzettelijk gepleegd. Meestal gaat het om een situatie waarin de zorg ontspoort, of waarin opzet niet te beoordelen is. Overigens is het goed te bedenken dat bij dit type onderzoek respondenten zelf ook pleger kunnen zijn en dit verzwijgen.

Uitkomsten van meldingen bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg

De laatste bron die voor deze bundel beschikbaar is, is de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Tussen juli 2011 en juli 2014 komen 67 meldingen binnen van vermoede ouderenmishandeling in een intramurale zorginstelling, gepleegd door professionals, leerlingen of zorgvrijwilligers (hoofdstuk 6). In 35 gevallen is de ouderenmishandeling bewezen. Het vaakst gaat het om fysiek geweld, gevolgd door psychisch geweld. Seksueel geweld en financieel misbruik zijn even vaak genoemd, in 10% van de gevallen. Het percentage slachtoffers is het hoogst in de oudste groep: bijna de helft is 85 jaar of ouder.
In aanvullende interviews met professionals blijkt dat ouderenmishandeling moeilijk bespreekbaar is. Overbelasting en de teamcultuur spelen volgens hen een belangrijke rol in het ontstaan van ouderenmishandeling. Men vindt de term 'mishandeling' erg zwaar als het om ontspoorde zorg gaat. En men worstelt met de manier van omgaan met het fenomeen. Een ernstig incident melden of aangifte doen bij de politie heeft ook negatieve

gevolgen voor de instelling zelf en kan onrust bij de bewoners geven. De gevolgen van een melding bij de IGZ zijn volgens de geïnterviewden groot en de instelling voelt zich niet altijd gesteund. Echter, het bewustzijn dat ook in instellingen mishandeling kan plaatsvinden groeit volgens de geïnterviewden, wat zij als gunstige ontwikkeling zien. Dankzij de leidraad 'Veilige zorgrelatie'[2] zijn misstanden beter bespreekbaar geworden.

Topje van de ijsberg

De bronnen in deze bundel variëren sterk van karakter en leiden daarom niet tot een duidelijk aantal slachtoffers van ouderenmishandeling in Nederland (hoofdstuk 7).
Ze brengen steeds slechts een deel van de ouderenmishandeling in beeld en vermoedelijk niet meer dan het topje van de ijsberg. Alle bronnen in deze bundel komen met lagere cijfers dan de schatting van 200.000 op basis van onderzoek van twintig jaar geleden.
Wat we wel uit de cijfers kunnen opmaken, is dat het aantal meldingen bij SHG's stijgt en dat ook professionals ouderenmishandeling signaleren. De stijging van het aantal meldingen lijkt vooral het gevolg van een toegenomen bewustzijn van het fenomeen bij professionals, en mogelijk ook bij ouderen en hun familie zelf. Psychisch geweld lijkt de meest voorkomende vorm, maar ook financieel misbruik of fysiek geweld komen vaak voor; seksueel misbruik slechts een enkele keer.

Conclusie

De conclusie is dat we slechts beperkt zicht hebben op het werkelijke aantal slachtoffers van ouderenmishandeling. Over de slachtoffers, de plegers en de risicofactoren weten we wel iets meer, maar er zijn veel hiaten in de kennis. Ook ontbreekt een onderliggend causaal model voor de verklaring van het ontstaan van ouderenmishandeling in thuissituaties en in zorginstellingen.
Onze verkenning brengt aan het licht dat diverse bronnen (uit kwalitatief en kwantitatief onderzoek, van interviews, registraties en enquêtes) verschillende inzichten opleveren. Dit soort bronnen combineren heeft daarom meerwaarde.
Onderzoek naar de prevalentie van ouderenmishandeling is erg moeilijk, en er zijn sterke vermoedens dat, welke methode ook wordt gebruikt, een deel van de slachtoffers altijd buiten beeld blijft.

Noten

1 Sinds 1 januari 2015 samengevoegd met de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling tot Veilig Thuis, Advies- en Meldpunten Huiselijk Geweld en Kindermishandeling.

2 De leidraad richt zich op het handelen van medewerkers en vrijwilligers in zorgorganisaties en is bedoeld om grensoverschrijdend gedrag of mishandeling door hen jegens de cliënt te voorkomen, dan wel vroegtijdig te signaleren en aan te pakken.

1 Kennis over ouderenmishandeling gebundeld

Inger Plaisier en Mirjam de Klerk (SCP)

1.1 Aanleiding voor deze studie

Ouderen kunnen slachtoffer worden van uitbuiting, verwaarlozing of mishandeling door degene van wie zij voor hulp en ondersteuning afhankelijk zijn. Dit geweld tegen ouderen in afhankelijkheidsrelaties door een formele of informele hulpgever wordt ouderenmishandeling genoemd (zie ook § 1.2 voor een definitie). Zowel ouderen die zelfstandig wonen als ouderen in zorginstellingen kunnen slachtoffer zijn van een vorm van psychische of fysieke mishandeling, verwaarlozing of materiële uitbuiting door een familielid, kennis of professionele hulpverlener. Het gaat dus niet alleen om mishandeling in huiselijke kring, gepleegd door familie of vrienden ('huiselijk geweld'), maar ook om geweld in een professionele setting. Het slachtoffer en de pleger zijn bekenden van elkaar. Daarmee onderscheidt deze vorm van geweld zich van bijvoorbeeld straatroof of overvallen in huis.

De term 'ouderenmishandeling' komt zwaar over. Sommige deskundigen vinden dat je alleen over mishandeling kunt spreken bij een strafbaar feit. Echter, de mishandeling wordt niet altijd opzettelijk gepleegd; er kan ook sprake zijn van ontspoorde zorg door overbelaste of onkundige mantelzorgers of professionele hulpverleners. De grens tussen wat wel en niet acceptabel is in de bejegening van de oudere is niet scherp te stellen; daarbij speelt de beleving van de oudere een belangrijke rol. Schelden tegen een oudere, of op diens kosten eens iets voor je zelf aanschaffen bij het boodschappen doen, is zeker niet goed te praten, maar veel mensen zullen dit niet als mishandeling beschouwen. Omdat er geen andere term beschikbaar is en deze inmiddels is ingeburgerd in de zorg en het beleid, spreken we in dit rapport van 'ouderenmishandeling'. Hieronder kunnen dus zowel hele zware als hele lichte vormen vallen.

Het aantal (hoogbejaarde) ouderen neemt in ons land toe (Van Nimwegen en Van Praag 2012) en dat kan betekenen dat het aantal ouderen dat wordt mishandeld of uitgebuit ook toeneemt (Movisie 2010). Mogelijk worden ouderen ook kwetsbaarder voor ouderenmishandeling nu zij door veranderingen in de langdurige zorg langer thuis blijven wonen en er meer wordt gevraagd van mantelzorgers. Professionele hulp wordt vooral ingezet als er geen hulp uit het eigen netwerk beschikbaar is. De kans dat mishandeling niet wordt opgemerkt neemt toe. Recente prevalentiecijfers over slachtoffers van ouderenmishandeling ontbreken.

Wereldwijd wordt onderkend dat ouderenmishandeling voorkomt en dat daarvoor aandacht nodig is (WHO 2011). In Nederland lanceerde het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) samen met het ministerie van Veiligheid en Justitie in 2011 het vierjarig actieplan 'Ouderen in veilige handen'. Het doel van dit actieplan was het taboe te doorbreken en ouderenmishandeling te voorkomen en aan te pakken (VWS 2011).
Het actieplan kende verschillende acties, waaronder een voorlichtingscampagne met de ouderenbonden om mensen bewust te maken van het fenomeen, een e-learningmodule 'Ouderen in veilige handen', de leidraad 'Veilige zorgrelatie' voor professionals en vrijwilligers in de zorg (zie kader 1.1) en het project 'Voorkomen van financiële uitbuiting'.
In 2015 krijgt dit actieplan een vervolg.

Kader 1.1 Leidraad 'Veilige zorgrelatie'

In oktober 2014 verscheen de leidraad 'Veilige zorgrelatie' voor medewerkers en vrijwilligers van instellingen in de langdurige zorg (ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg en zorg voor mensen met een beperking). Hij is bedoeld om grensoverschrijdend gedrag of mishandeling door hen jegens de cliënt te voorkomen, dan wel vroegtijdig te signaleren en aan te pakken (Bolscher en Smits 2014). Bestuurders en beleidsmakers van zorgorganisaties kunnen van de leidraad gebruik maken voor het maken of aanscherpen van beleid en afspraken in de organisatie. Zie ook www.veiligezorgrelatie.nl/Leidraad2014c.

Sinds juli 2013 is de Wet meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling van kracht (kader 1.2). Iedere zorginstelling moet een meldcode hebben over omgaan met geweld zoals ouderenmishandeling in huiselijke kring, dat wil zeggen gepleegd door het eigen netwerk. Beroepskrachten in zorginstellingen, onderwijs en gemeenten zijn verplicht te handelen volgens deze meldcode.

Kader 1.2 Meldcode huiselijk geweld

De meldcode bestaat uit vijf stappen, van signaleren tot handelen. De laatste stap is dat een (zorg)instelling hulp aanbiedt of de mishandeling meldt. Professionals in de gezondheidszorg mogen dankzij de meldcode het medisch beroepsgeheim doorbreken bij het doen van een melding.
Van medewerkers wordt verwacht dat ze weten welke vormen van ouderenmishandeling er zijn en wat zij moeten doen als zij deze opmerken.
Zie ook www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/hulp-bieden.

Deze voorbeelden illustreren de toegenomen aandacht voor ouderenmishandeling in beleid en in de zorg. Echter, deze aandacht roept bij betrokkenen (beleidsmakers, politici, hulpverleners, ouderen zelf) ook de vraag op om hoeveel slachtoffers het nu gaat. Daarnaast ontbreekt kennis over de aard van de mishandeling en weten we weinig over hoe ouderenmishandeling ontstaat. Een theoretisch verklaringsmodel voor ouderen-

mishandeling in thuissituaties en in professionele settingen kan helpen bij het ontwikkelen van beleid. Zulke modellen zijn echter niet te ontwikkelen als je geen gegevens hebt. De behoefte aan actuele gegevens is dus groot.

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) heeft op verzoek van de staatssecretaris van VWS in het kader van het actieplan 'Ouderen in veilige handen' een advies geschreven over nieuw onderzoek naar de omvang, aard en oorzaken van ouderenmishandeling (Plaisier en De Klerk 2014). Daarin stelt het SCP voor zo'n onderzoek in twee fasen uit te voeren. De eerste fase bestaat uit het bijeenbrengen van de huidige kennis, zodat ook helder is wat er nog aan kennis ontbreekt en welk type data in een tweede fase verzameld moet worden. Hoe deze tweede fase eruit komt te zien, is aan het ministerie van VWS en valt buiten het bestek van deze bundel.

We behandelen de volgende onderzoeksvragen:

- Wat is op dit moment bekend over omvang, aard en oorzaken van ouderenmishandeling in Nederland?
- Welke hiaten zijn er in de huidige kennis over omvang, aard en oorzaken van ouderenmishandeling in Nederland?

1.2 Wat verstaan we onder ouderenmishandeling?

In het actieplan 'Ouderen in veilige handen' van het ministerie van VWS luidt de definitie van ouderenmishandeling:

> *Al het handelen en het nalaten van handelen van al degenen die in een terugkerende persoonlijke of professionele relatie met de oudere (iemand van 65 jaar of ouder) staan, waardoor de oudere persoon lichamelijke en/of psychische en/of materiële schade lijdt en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid* (TK 2010/2011).

Het actieplan onderscheidt vijf vormen van ouderenmishandeling: lichamelijk geweld, psychisch geweld, financieel misbruik, verwaarlozing en seksueel misbruik (zie kader 1.3).[1]

Kader 1.3 Vormen van ouderenmishandeling

Lichamelijke mishandeling
Slaan, duwen, schoppen, gooien met voorwerpen of hardhandig beetpakken waardoor lichamelijk letsel wordt veroorzaakt. Ook bedreigen of letsel toebrengen met een steek- of vuurwapen vallen hieronder.

Psychische mishandeling
Herhaaldelijk uitschelden, kleineren, beledigen of structureel negeren of uitsluiten van de oudere, schending van privacy en bewegingsvrijheid. Bij uitsluiting kan men denken aan discrimineren op grond van een ziekte of verstandelijke beperking.

Financiële uitbuiting
Diefstal, veranderen van het testament, ongewenste bemoeienis met geldzaken, verduisteren van geld of goederen, vernielen van eigendommen, zonder toestemming verkopen van goederen, onbevoegd gebruik maken van iemands pinpas of creditcard.

Verwaarlozing
Zowel fysieke verwaarlozing, zoals het onthouden van voeding, lichamelijke verzorging of toegang tot medische zorg, als affectieve verwaarlozing, zoals geen aandacht geven aan de zorgafhankelijke oudere.

Seksueel misbruik
Verbale of fysieke grensoverschrijding, zoals ongewenste seksuele handelingen met of in het bijzijn van de oudere.

Bron: www.vooreenveiligthuis.nl/www.movisie.nl (SCP-bewerking)

Kenmerkend voor ouderenmishandeling is, zoals gezegd, de afhankelijkheidsrelatie met de pleger. Afhankelijkheidsrelaties zijn relaties die zich kenmerken door een ongelijkwaardige machtsverhouding tussen twee mensen, waarbij de afhankelijke over onvoldoende mogelijkheden beschikt om deze situatie te doorbreken. Hiervan is zowel bij huiselijk geweld als bij ouderenmishandeling sprake. Echter, bij huiselijk geweld zijn de plegers alleen bekenden uit de huiselijke kring[2], zoals directe familieleden (partners en kinderen). Bij ouderenmishandeling kan het ook gaan om hulpverleners, professionals of vrijwilligers. Sommigen stellen dat zorgafhankelijkheid in de relatie met de pleger een voorwaarde is om over ouderenmishandeling te spreken. Anderen willen zo ver niet gaan, omdat je dan mogelijk gevallen mist. Zo kunnen kinderen of kleinkinderen op de oudere druk uitoefenen om geld of bezittingen af te staan (financiële uitbuiting), zonder dat er sprake is van zorgafhankelijkheid. In deze bundel ligt de nadruk op mishandeling van zorgbehoevende ouderen, omdat vooral over deze vorm van ouderenmishandeling gegevens voorhanden zijn.

Naast deze discussie over een smalle of bredere definitie is ook in de praktijk een scherpe afbakening soms moeilijk. Spreken we van ouderenmishandeling bij een eenmalige snauw of moet dat minstens tien keer zijn voorgevallen? En moeten we het beschouwen als verwaarlozing als een dochter wegens een conflict haar vader niet bezoekt? Sommigen vinden dat er sprake moet zijn van een strafbaar feit of opzet; anderen niet. Een ruimere of striktere opvatting heeft direct invloed op het aantal gevallen dat je laat meetellen. En wie bepaalt deze maatstaf? Om goed zicht te krijgen op de omvang en aard van ouderenmishandeling, is een heldere afbakening belangrijk. Hoewel de definitie uit het actieplan geen uitsluitsel geeft over dit soort vragen, houden wij ons (tenzij anders vermeld) in deze bundel aan de huidige breed gedragen definitie uit het actieplan, die vergelijkbaar is met de definitie van de World Health Organization (WHO 2011, zie ook het

Intermezzo).[3] Daaronder vallen zowel moedwillige mishandeling, dus mishandeling die welbewust is gepleegd met het oogmerk iemand te benadelen of letsel toe te brengen (kunnen strafbare feiten zijn), als niet-intentionele mishandeling, zoals ontspoorde zorg (Royers en Van Bavel 2012). In dat laatste geval vindt de mishandeling plaats door onwetendheid, overbelasting, onkunde, compassiemoeheid of onmacht van de (mantel)zorger, vaak een partner of inwonend kind (Movisie 2013; Wisselink 2004). Men spreekt dan ook wel over zorgvragende ouderenmishandeling: voor zowel het slachtoffer als de pleger is zorg nodig. Overigens kunnen ook persoonlijke opvattingen en culturele context een rol spelen bij (niet-intentionele) mishandeling: is het bijvoorbeeld een vorm van bescherming of een vorm van verwaarlozing als een oudere nooit buiten komt? Mede daarom is het vaak heel lastig te beoordelen of ouderenmishandeling zich voordoet. Als we in deze bundel nagaan hoeveel ouderen in Nederland slachtoffer zijn van ouderenmishandeling, tellen zowel moedwillige als niet-intentionele vormen mee.

1.3 Gebruikte bronnen

Twintig jaar geleden werd voor het eerst in Nederland onderzoek gedaan naar de omvang en aard van ouderenmishandeling. In een mondeling interview bij hen thuis is aan zelfstandig wonende ouderen gevraagd of zij een of meerdere van de 23 voorgelegde vormen van geweld en misbruik hebben meegemaakt. Het onderzoek (Comijs et al. 1996, zie kader 1.4) wees uit dat jaarlijks 5,6% van hen slachtoffer is van mishandeling. Het is niet zeker of dit een juiste weergave was van het aantal slachtoffers, maar jarenlang was dit de enige beschikbare bron en daarom wordt het veel aangehaald in ander onderzoek en vormt het nog steeds de basis van veel beleid. De onderzoekers zelf vermoedden een onderschatting, ook omdat heel kwetsbare ouderen en ouderen in instellingen niet meededen, terwijl het risico op ouderenmishandeling bij deze groepen het hoogst is. Dat blijkt onder meer uit buitenlands onderzoek, waarbij ook proxy's (familieleden, verzorgenden) werden bevraagd (Pillemer en Finkerhor 1988). Anderzijds kan het aantal slachtoffers in de studie van Comijs et al. ook een overschatting zijn. Buitenlands onderzoek vindt lagere prevalentiecijfers: 1,6 % in een Engels onderzoek (Biggs et al. 2009) en 2,2% in Ierland (Naughton et al. 2012). Het gevonden prevalentiecijfer hangt sterk samen met de manier waarop hiernaar wordt gevraagd (zie hoofdstuk 3).

Kader 1.4 Nederlands prevalentieonderzoek naar ouderenmishandeling

Het onderzoek naar de prevalentie van ouderenmishandeling (Comijs et al. 1996) maakte deel uit van de AMSTEL-studie, een longitudinaal onderzoek naar cognitieve veroudering. In de tweede meting is in mondelinge interviews aan 1797 ouderen (ouder dan 65 jaar) thuis gevraagd of zij slachtoffer waren van fysiek of psychisch geweld, materiële uitbuiting of verwaarlozing. Dit gebeurde met een vragenlijst met 23 vormen van geweld. Bijvoorbeeld: 'Sinds u 65 werd, heeft ooit iemand die u goed kende een tik of een klap gegeven?' (fysiek geweld) en 'Sinds u 65 werd, heeft de persoon die uw geldzaken regelt u ooit benadeeld?' (materiële uitbuiting). Bij het interview mochten geen huisgenoten aanwezig zijn zodat ouderen vrijuit konden spreken. Bij 5,6% van de ouderen was sprake

van ouderenmishandeling. Chronische verbale agressie werd het meest gemeld (3,2%), gevolgd door materiële uitbuiting (1,4%) en fysiek geweld (1,2%). Verwaarlozing werd nauwelijks gemeld (0,2%). Er is niet gevraagd naar seksueel misbruik omdat men vermoedde dat slachtoffers hierover in een interview niet zullen spreken, en zij bovendien meestal een andere vorm van geweld ondergaan. 19,5% van de slachtoffers meldde ook al mishandeling of misbruik voordat zij 65 jaar werden.

In Nederland is een aantal bronnen met actuele gegevens over ouderenmishandeling beschikbaar. Ze variëren sterk van karakter en hebben elk hun mogelijkheden en beperkingen (zie tabel 1.1). We starten bij bronnen die het perspectief van de ouderen zelf reflecteren en komen ten slotte uit bij het beeld dat hulpverleners en zorginstellingen over de omvang en aard van ouderenmishandeling hebben.

Als eerste maken we gebruik van het kwalitatieve onderzoek van de Leyden Academy on Vitality and Ageing (Mysyuk et al. 2013a, 2013b). Door individuele interviews met slachtoffers, niet-mishandelde ouderen en professionals en door groepsgesprekken met experts, beleidsmakers, hulpverleners en leden van belangenorganisaties biedt dit onderzoek zicht op wat betrokkenen onder ouderenmishandeling verstaan en wat zij als oorzaken zien. Het bevat ook een literatuurstudie naar definiëring van en mogelijke oorzaken van ouderenmishandeling.
Een tweede bron vormt de Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012 van de Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en), het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). In dit grootschalige bevolkingsonderzoek, een enquête waaraan ca. 155.000 ouderen deelnamen, is gevraagd naar ervaringen met huiselijk geweld en niet specifiek naar ouderenmishandeling. Het onderzoek bevat ook gegevens over de gezondheid, zodat een inschatting te maken is van het voorkomen van huiselijk geweld bij ouderen die kwetsbaar zijn en waarbij het waarschijnlijk om ouderenmishandeling gaat.

Tabel 1.1
Overzicht van type informatie in de verschillende databronnen

	ouderen-mishandeling of huiselijk geweld	omvang	oorzaken	vormen (L, P, F, V, S)[a]	type pleger
(groeps)inter-views Leyden Academy on Vitality and Ageing	ouderen-mishandeling	nee	context	L, P, F, V, S	huiselijke kring en profes-sionals
Gezondheids-monitor Volwassenen 2012, GGD'en, CBS en RIVM (enquête)	huiselijk geweld bij ouderen en kwetsbare ouderen die zelfstandig wonen	ja, zoals door oudere zelf ervaren	risico-factoren: gezondheid, zorggebruik, type pleger	L, P, S	huiselijke kring en profes-sionals
meldpunten SHG's, Movisie (enquête)	ouderen-mishandeling	ja, alleen door SHG onderkende gevallen	type pleger, ontspoorde zorg	L, P, F, V, S	huiselijke kring[b]
Barometer-onderzoek, Verwey-Jonker Instituut (enquête)	ouderen-mishandeling	ja, gezien door professionals	–	L, P, F, V, S	professionals en huiselijke kring
meldpunt ouderen-mishandeling IGZ (registratie)	ouderen-mishandeling	ja, alleen in instellingen	context, type setting	L, P, F, V, S	professionals

a L = lichamelijke mishandeling; P = psychische mishandeling; F = financiële uitbuiting, V = verwaarlozing, S = seksueel misbruik.
b In een enkel geval wordt ook mishandeling door professionals bij een SHG gemeld. Deze meldingen worden geregistreerd en vervolgens doorgegeven aan de IGZ.

Bron: SCP

Vervolgens maken we gebruik van de registratiegegevens over ouderenmishandeling bij de Steunpunten Huiselijk Geweld (SHG's). Deze gegevens worden door Movisie verzameld (Movisie 2010). Door de cijfers over de meldingen, de aard van de mishandeling, de pleger en de melder van de afgelopen jaren op een rij te zetten, krijgen we een beeld van ontwikkelingen. De gegevens van de SHG's hebben voornamelijk betrekking op thuiswonende ouderen.De gegevens van het Barometeronderzoek ouderenmishandeling (in de regio Gelderland-Zuid en Amsterdam) van het Verwey-Jonker Instituut (De Gruijter en Los 2014) geven inzicht in welke vormen van ouderenmishandeling worden gezien door professionals en vrijwilligers in de ouderenzorg. Het gaat hier niet zozeer om de vraag welk aandeel van de ouderen die hulp ontvangen wordt mishandeld, maar om de vraag welk aandeel van de hulpverleners ouderenmishandeling signaleert.Tot slot hebben wij gegevens van het meldpunt voor ouderenmishandeling van de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ). Hier zijn in een periode van drie jaar (2011-2014) meldingen geregistreerd over mishandeling van ouderen door professionals. Wij gaan alleen in op mishandeling door professionals in intramurale instellingen, omdat het aantal meldingen over mishandeling in de thuiszorg te laag was.

Enkele bronnen hebben we om uiteenlopende redenen niet in dit onderzoek betrokken. Ten eerste de registraties van aangiftes bij de politie van geweld tegen ouderen in een huiselijke setting.[4] Deze cijfers waren ten tijde van dit onderzoek niet beschikbaar voor analyses. Uit eerdere analyse van politiecijfers over huiselijk geweld bleek dat 2,1% van de slachtoffers ouder was dan 66 jaar (Ferwerda en Hardeman 2013). Ten tweede hebben we geen gebruik gemaakt van gegevens van een survey naar slachtoffers en plegers van huiselijk geweld, uitgevoerd in opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoeks en Documentatiecentrum (WODC), omdat er te weinig gegevens over ouderen in voorkwamen en de grootschaliger Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012 (GGD'en, CBS en RIVM) recentere gegevens bevat. Ook onderzoek onder verpleeghuisartsen, uitgevoerd in 2003 (Bardelmeijer en Schols 2008), is niet voor deze bundel gebruikt omdat het een al wat ouder onderzoek betreft. In plaats daarvan gebruiken we het Barometeronderzoek, dat veel recentere gegevens vanuit het perspectief van hulpverleners bevat.

In de slotbeschouwing (hoofdstuk 7) brengen we alle cijfers bij elkaar en gaan we nader in op wat ze zeggen over de omvang en aard van ouderenmishandeling in Nederland.

Noten

1 Schending van rechten, zoals het achterhouden van post of isoleren van de buitenwereld, wordt niet als aparte categorie gezien, maar als vorm van psychische mishandeling.

2 Onder huiselijke kring verstaan we alle relaties tussen bekenden in privésfeer. Huiselijk geweld speelt zich niet per se thuis af – maar ook op straat of elders (in zorginstelling) –, maar wordt altijd gepleegd wordt door iemand uit de huiselijke kring.

3 De WHO-definitie luidt: '*Elder abuse can be defined as "a single, or repeated act, or lack of appropriate action, occurring within any relationship where there is an expectation of trust which causes harm or distress to an older person". Elder abuse can take various forms such as physical, psychological or emotional, sexual and financial abuse. It can also be the result of intentional or unintentional neglect*.' Verschil met de definitie uit het actieplan is dat de WHO-definitie niet de term 'afhankelijkheid' gebruikt, maar '*trust*', vertrouwen. (Zie www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/en/).

4 De politie registreert strafbare feiten die vallen onder geweld in een huiselijke setting, maar niet of dit om ouderenmishandeling gaat. Uit de registraties kan dit wel worden afgeleid.

Intermezzo

Yuliya Musyuk en Jolanda Lindenberg (Leyden Academy on Vitality and Ageing)

Definities ouderenmishandeling in de literatuur

Definities van ouderenmishandeling geven nog steeds aanleiding tot debat: er is geen volledige overeenstemming over de best bruikbare. Ouderenmishandeling is in de literatuur in de jaren zeventig door Burston (1975) als 'het slaan van ouderen' en Baker (1975) als 'inslaan op ouderen' voor het eerst benoemd. De definities en bijbehorende termen zijn door de tijd heen behoorlijk veranderd: van '*granny battering*' en '*granny bashing*' tot '*elder mistreatment*' en '*elder abuse*' (1975-2003, zie tabel 1 en figuur 1).
De ontwikkeling van definities van ouderenmishandeling weerspiegelt de tijdgeest. In de jaren zeventig ligt de nadruk vooral op kwetsbare, oudere vrouwen die afhankelijk zijn van anderen. Hoewel de feitelijke definities ouderen betreft, benadrukken de gekozen termen toch vooral vrouwen en fysiek geweld; de termen die Burston (1975) en Baker (1975) kozen voor ouderenmishandeling zijn exemplarisch (zie ook O'Malley et al. 1979). Definities stellen gedurende deze periode voornamelijk ouderenmishandeling op basis van symptomen vast en beschrijven ouderenmishandeling als een ziektebeeld. De nadruk op vrouwen valt samen met ontwikkelingen in de maatschappij, en de opkomst van de vrouwenbeweging die leiden tot een andere positie van vrouwen in veel westerse samenlevingen.

Tabel Intermezzo 1

Definities ouderenmishandeling (1975–2003)

term	omschrijving (uit de originele bron)
granny battering (Burston 1975)	het slaan van ouderen door hun familieleden
granny bashing (Baker 1975)	het aanvallen van ouderen
the battered elder syndrome (Block en Sinnott 1979)	het toebrengen van fysieke of psychologische schade aan een oudere (ouder dan 60 jaar)
granny battering (Eastman 1982)	systematisch fysiek mishandelen van een oudere door een familielid
old age abuse (Eastman 1984)	het systematisch mishandelen, fysiek, emotioneel of financieel van een ouder persoon door een zorgverlenend familielid
elder mistreatment (Comijs et al. 1998)	het handelen of nalaten van handelen van iedereen die in een persoonlijke of professionele relatie staat tot een persoon van 65 jaar of ouder, waardoor deze persoon (herhaaldelijk) lichamelijke en/of psychische en/of materiële schade lijdt, dan wel vermoedelijk zal lijden en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid
elder abuse (WHO 2002)	een eenmalig of terugkerende handeling of het nalaten van handelen die schade of leed toebrengt aan een ouder persoon die plaatsvindt in elke relatie waarin er een verwachting van vertrouwen is
elder mistreatment (Bonnie en Wallace 2003)	'misbehandeling' (*mistreatment*) is (a) bewust handelen dat leidt tot schade of serieus risico op schade creëert, of de schade al dan niet bedoeld is, voor een kwetsbare oudere door een zorgverlener of een ander persoon met wie de oudere een vertrouwensrelatie heeft; (b) het nalaten van een zorgverlener om tegemoet te komen aan basisbehoeften van een oudere of het beschermen van een oudere tegen schade

Bron: Leyden Academy on Vitality and Ageing

Figuur Intermezzo 1

Ontwikkeling in definities van ouderenmishandeling 1975-2003

definities	eigenschappen: redenering	eigenschappen: vormen	eigenschappen: omstandigheden	algemene ontwikkelingen
granny battering (Bakker 1975, Burston 1975)	- mishandeling van ouderen - parallel aan kindermishandeling	- fysiek geweld	- familiale crisis - gestreste zorgzame dochter - kwetsbare vrouwen - leeftijdsdiscriminatie, neg. assumpties	1975-1978 **vrouwen en fysiek geweld**
elder abuse (O'Malley e.a. 1979)	- nadruk op fysiek geweld - merendeel slachtoffers vrouw en ouder	- fysiek trauma, daarnaast onder-voeding, financiële uitbuiting, opsluiting, oversedatie en seksuele mishandeling	- afhankelijkheid van ouderen - intentie tot schade door verzorger - onthouden van zorg door verzorger - relatie verzorger - oudere	
elder mistreatment (Beachler in McMullen 2004)	- mishandeling en verwaarlozing		- risicofactoren (afhankelijkheid, ontwikkelingsstoornis of crisis bij pleger, omgeving)	1979-1982 **risicofactoren en uitbreiding van handelingen**
battered elder syndrome (Block en Sinnott 1979)	- "label": syndroom, ziekte - machteloze en zieke ouderen	- lichamelijke, psychische, en financiële		
granny battering (Eastman 1982)	- "systematische lichamelijke mishande-ling van oudere door familielid" (p. 23)		- belang van kwaliteit van relaties - vrouwen	
old age abuse (Eastman 1984)	- geldt voor oudere mensen, niet alleen grootmoeders - een nieuwe term "mishandeling" - beperken van setting van mishandeling	- lichamelijke, emotionele, financiële	- zorgverlenend familielid	1984 **verruiming van mogelijke slachtoffers**
elder mistreatment (Comijs 1998)	- schade en lijden	- lichamelijke, psychische materiële schade	- handelen of ontbreken van handelen - persoonlijke of professionele omgeving - gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid	1998 **verruiming van mogelijke plegers**
elder abuse (WHO 2002)	- uitsluiting willekeurige daden van geweld of crimineel gedrag - vermindert specificiteit, maar vergroot de probleemsfeer		- focus op vertrouwensrelatie	2002-2003 **verbreding van context**
Elder mistreatment (Bonnie & Wallace 2003)	- uitsluiting zelfverwaarlozing/ mishandeling door vreemden - "schade", vertrouwensrelatie" - opzettelijk handelen		- kwetsbare oudere verzorger	

Bron: Mysyuk et al. 2013a (scp-bewerking)

Later verschoof de aandacht naar risicofactoren en vormen van ouderenmishandeling in de definities. Termen zoals '*elder mistreatment*', '*battered elder syndrome*' en opnieuw '*granny battering*' (Block en Sinnott 1979; Eastman 1982) worden gebruikt. De definities beschrijven de slachtoffers vooral als incompetente, zieke ouderen. Ze worden wel uitgebreider en onderscheiden fysieke, mentale en financiële mishandeling. Bovendien komen er pogingen om risicofactoren in kaart te brengen, zoals afhankelijkheid, ontwikkelingsstoornissen bij de pleger en omgevingsfactoren (socio-economische status, armoede, enz.). Daarmee komt ouderenmishandeling ook in een bredere context dan alleen fysiek geweld en vrouwen.

In de jaren tachtig betreft ouderenmishandeling niet langer alleen 'oma's', maar veranderen de termen zodat duidelijker is dat ook mannen slachtoffer kunnen worden (Eastman 1984). Met deze verschuiving komt er ook meer aandacht voor de heterogeniteit onder ouderen. Eerdere termen worden vervangen door '*old age abuse*', waarbinnen opnieuw verschillende vormen van mishandeling worden onderscheiden. Verder wordt ouderenmishandeling veelal gezien als iets dat plaatsvindt binnen de familie; de pleger wordt gedefinieerd als een zorgverlenend familielid.

De verruiming van de opvatting van ouderenmishandeling in de jaren zeventig en tachtig zet zich voort in de jaren negentig. Een goed voorbeeld is de definitie van Comijs et al. (1998): 'Al het handelen of nalaten van handelen van al degenen die in een persoonlijke en/of professionele relatie met de oudere (ouder dan 65 jaar) staan, waardoor de oudere persoon (herhaaldelijk) lichamelijke en/of psychische en/of materiële schade lijdt dan wel vermoedelijk zal lijden en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid'. Zij verbreden de definitie met verschillende vormen van mishandeling en het voorkomen in zowel persoonlijke als professionele situaties. De definitie introduceert een minimumleeftijd van 65 jaar voor een ouder persoon.

De definitie van Comijs et al. is typerend voor een periode waarin definities de context van ouderenmishandeling verruimen. In diezelfde periode wordt de zeer veel gebruikte definitie van de World Health Organisation ontwikkeld (WHO 2002). Deze definitie stelt verschillende voorwaarden aan mishandeling, maar opvallend is dat daarin nadrukkelijk een relatie tussen slachtoffer en pleger is opgenomen. Daarnaast sluit de definitie willekeurig of crimineel gedrag tegen ouderen uit als ouderenmishandeling. Een andere veel geciteerde definitie is die van het panel van de National Research Council (NRC) uit de Verenigde Staten (Bonnie en Wallace 2003). Deze komt in veel opzichten overeen met de definities van de WHO en van Comijs et al., maar gebruikt de term '*mistreatment*' (misbehandeling) in plaats van '*abuse*' (mishandeling). Die legt de condities van mishandeling nauwgezetter vast, onder meer door haar te beperken tot bewust handelen dat een ouder persoon kan schaden. Tegelijkertijd omvat zij, net als andere definities, termen die nadere duiding vereisen, zoals 'kwetsbare oudere' en 'schade'.

We kunnen dus concluderen dat er een groot aantal definities zijn in de literatuur, maar dat dit simpelweg onoverkomelijk is, omdat definities tijdgebonden zijn en bovendien verschillende doelen dienen. Soms is het nuttig om hele specifieke definities te gebruiken (bijvoorbeeld om precies te weten bij welke ouderen je moet interveniëren), terwijl op andere momenten juist een brede definitie nuttig kan zijn (omdat je bij voorbaat niemand wilt uitsluiten). Zo hebben academici behoefte aan zo'n laatste definitie, omdat die niet onterecht gevallen van ouderenmishandeling uitsluit. Het betreft hier vooral verklarende, beschrijvende definities, zoals die van de WHO en de NRC. Het is echter ook duidelijk dat zo'n globale definitie onhanteerbaar is voor professionals. In de praktijk moet ouderenmishandeling juist eenduidig en afgebakend gedefinieerd zijn om preventie- en interventiestrategieën te laten aansluiten. Een definitie die specifiek is en grenzen stelt aan wat onder ouderenmishandeling valt is passender voor de professionele praktijk. Een voorbeeld van zo'n definitie is die uit het actieplan 'Ouderen in veilige handen' (zie hoofdstuk 1).

2 Perspectieven van betrokkenen: een kwalitatieve studie

Yuliya Mysyuk en Jolanda Lindenberg (Leyden Academy on Vitality and Ageing)

2.1 De onderzoeksvraag

We beschrijven de perspectieven op ouderenmishandeling van onderzoekers, experts, professionals, niet-mishandelde ouderen en slachtoffers. Zij zijn op verschillende manieren betrokken bij ouderenmishandeling: slachtoffers als ervaringsdeskundigen; niet-mishandelde ouderen als potentiële slachtoffers en melders; professionals bij de signalering, detectie en interventie; en experts bij het stellen van de agenda, onderzoek en procedures.

We beantwoorden de volgende hoofdvraag: hoe ervaren verschillende groepen betrokkenen de aard van ouderenmishandeling? Deze vraag werken we in drie delen uit. Allereerst beschrijven we bevindingen uit de literatuur, vervolgens de zienswijzen van professionals en experts en daarna die van ouderen en slachtoffers. In de conclusie gaan we in op overeenkomsten en verschillen tussen de perspectieven en bespreken we de mogelijke consequenties.

In dit hoofdstuk verwijst ouderenmishandeling naar schade die ontstaat door het handelen of nalaten van handelen door een persoon in de omgeving van een oudere die wordt vertrouwd door deze oudere.[1] Wij volgen daarin de definitie van de World Health Organisation (WHO), die grotendeels overeenkomt met de in Nederland veelgebruikte definitie van Comijs et al. (1998) en ook in het actieplan 'Ouderen in veilige handen' wordt gebruikt (TK 2010/2011). We gebruiken deze definitie omdat deze breed en alomvattend is, en mogelijke onterechte exclusie voorkomt. In tegenstelling tot de definitie in het actieplan en die van Comijs et al. hanteren we geen leeftijdsgrens, maar kijken we naar personen die ziekten of condities ondervinden als gevolg van het verouderingsproces, en voor wie deze problemen een rol speelden in hun ervaringen met mishandeling. Het verouderingsproces kan immers per individu verschillen en zich eerder of later uiten in ouderdomsproblematiek. We willen voorkomen dat we mishandelde individuen uitsluiten die vóór hun 65ste te maken kregen met verouderingsproblemen- of ziekten.[2]

2.2 Methoden

Voor deze kwalitatieve studie hebben we 35 experts in Nederland geïnterviewd, zes mannen en 29 vrouwen. Daarnaast zijn 35 diepte-interviews gehouden met niet-mishandelde

ouderen: tien mannen en 25 vrouwen in de leeftijd van 62 tot 85 jaar. Van hen woonden negentien zelfstandig en zestien in verzorgings- en verpleeghuizen. Tevens zijn zeventien slachtoffers van ouderenmishandeling geïnterviewd: zes mannen en elf vrouwen tussen 63 en 90 jaar.

Experts en ouderen zijn voor de interviews benaderd via een sneeuwbalsteekproeftrekking. We hebben een lijst gemaakt van organisaties die op enige wijze betrokken zijn bij of interesse hebben in ouderenmishandeling, zoals kenniscentra, zorgorganisaties, belangenorganisaties en seniorenorganisaties (zie voor details Mysyu, nog te verschijnen), en organisaties die via een online zoektocht zijn gevonden. Zij zijn voor deelname benaderd en gevraagd naar eventuele andere relevante organisaties of deelnemers. Op basis van deze lijst zijn er uitnodigingen uitgegaan. Om zeker te zijn van een diverse groep ouderen hebben we tevens niet-mishandelde ouderen benaderd na bemiddeling door vrijwilligerscoördinatoren en welzijnsmanagers in verzorgings- of verpleeghuizen, zodat ook ouderen in institutionele zorg en ouderen die thuiszorg ontvingen een stem hadden in ons onderzoek.
Van de zeventien slachtoffers kregen we er dertien aangewezen door Steunpunten Huiselijk Geweld, na vaststelling van ouderenmishandeling. De andere vier gaven zich op na oproepen in gratis lokale kranten in de Randstad en meldden zelf dat zij mishandeld waren.

Alle interviews zijn gehouden tussen februari 2012 en december 2013. Interviews met niet-mishandelde ouderen duurden tussen anderhalf en drie uur, met slachtoffers tussen twee en vier uur en met professionals tussen een en anderhalf uur. Deelnemers waren volledig op de hoogte van het doel van de interviews en hun deelname was geheel vrijwillig.
Ze konden op elk moment hun deelname aan de studie stopzetten.

Daarnaast hebben we acht focusgroepen gehouden: met experts, gemeentelijke beleidsmakers, managers in zorgorganisaties, artsen, professionals uit de intramurale zorg, professionals uit de extramurale zorg, leden van belangenorganisaties voor ouderen en leden van seniorenorganisaties. Deze gesprekken gingen over hun inzichten in het proces van mishandeling en hun ervaringen met het signaleren, definiëren en de uiteindelijke follow-up van mishandeling.
De lijst met kandidaten voor de focusgroepen is samengesteld op basis van de eerdere inventarisatie van organisaties in het veld die zich bezighouden met ouderenmishandeling. Vervolgens zijn individuen van organisaties in de ouderenzorg toegevoegd en hun is gevraagd naar mogelijke andere deelnemers.[3] Uiteindelijk namen 42 personen deel aan de focusgroepen. De gesprekken vonden plaats tussen februari en maart 2012 en duurden een tot tweeënhalf uur.

Ten slotte is er een literatuurstudie gedaan naar de verklaringsmodellen van ouderenmishandeling.[4]

2.3 Verklaring ouderenmishandeling

2.3.1 De wetenschap

Als referentiekader voor de verklaringen van de deelnemers aan deze studie gaan wij eerst kort in op verklaringen uit de literatuur. Verklarende concepten in theorieën over ouderenmishandeling zijn bijvoorbeeld risicofactoren bij de oudere of pleger, zoals psychische aandoeningen, middelengebruik, kwetsbaarheid, sociale isolatie, afhankelijkheid, stress en mishandeling in de familiegeschiedenis. We delen deze theoretische inzichten in naar de relationele context die zij centraal stellen: intrapersoonlijke theorieën, interpersoonlijke theorieën en omgevingstheorieën (Mysyuk et al. nog te verschijnen b).

Intrapersoonlijke theorieën zien de oorzaak van mishandeling als een gevolg van individuele eigenschappen van slachtoffer of pleger. Een voorbeeld is de psychopathologietheorie, die stelt dat er door problemen in psychosociaal functioneren, zoals geestesziekten, drugs- of alcoholafhankelijkheid, een groter risico is op mishandeling door de pleger, of juist dat problemen in het psychosociaal functioneren van de oudere persoon leiden tot een escalatie (Anetzberger 2004; Wolf et al. 1986). Een ander voorbeeld is de kwetsbaarheidstheorie, die beargumenteert dat kwetsbaarheid en toenemende gebreken onder ouderen leiden tot een verhoogd risico op mishandeling (Anetzberger 2004).

Interpersoonlijke theorieën richten zich op het samenspel en de relaties tussen individuen. Zo stelt de sociaal-lerentheorie dat gedrag wordt aangeleerd binnen relaties. Mishandeling wordt geleerd, gewoon gevonden en gerechtvaardigd binnen families (Bennet et al. 1997; Phillips 1986; Korbin et al. 1995). De (sociale) uitwisselingstheorie stelt de dynamiek van macht en controle binnen zorgverlenende relaties centraal. Binnen deze relaties vindt een uitwisseling van kosten en baten plaats. Mishandeling is een reactie op een onacceptabel verlies van een verwacht baten, of een disbalans in kosten en baten, en kan gezien worden als een poging om macht en controle te herstellen (Bancroft 2002; Biggs en Haapala 2010; Biggs et al. 1995). Zo kunnen mantelzorgers het gevoel hebben dat ze heel veel investeren in een relatie, maar daar niet genoeg voor terugkrijgen. Zij kunnen de balans tussen kosten en baten proberen te herstellen door het toe-eigenen van geld of spullen, of kunnen het gevoel hebben dat ze zo veel macht hebben in een relatie dat ze wegkomen met onrechtvaardig gedrag (zoals manipuleren of fysiek geweld).

Omgevingstheorieën benadrukken de rol van de sociale context in mishandeling. Voorbeelden zijn de *resource*-theorie en de conflicttheorie, die stellen dat dwang en geweld bronnen zijn die personen gebruiken wanneer er weinig andere bronnen beschikbaar zijn in hun omgeving (Anetzberger 2004; Bennet et al. 1997). Een ander voorbeeld, het situationele model, benadrukt dat een combinatie van situationele variabelen leidt tot mishandeling. Het gaat dan om factoren gerelateerd aan de oudere persoon (fysieke of

emotionele afhankelijkheid, slechte gezondheid), structurele factoren (sociale isolatie) en factoren gerelateerd aan de zorgverlener (stress, uitputting) (Biggs et al. 1995; Phillips 1986; Pillemer 1986).

Het perspectief van de verklaringen uit de literatuur is door de jaren heen verschoven. Initieel werd ouderenmishandeling vooral gezien als gerelateerd aan individuele kenmerken, eerst van het slachtoffer, later ook van de pleger. Dit verschoof al vanaf de jaren tachtig naar een nadruk op de interpersoonlijke dynamiek tussen slachtoffer en pleger. In de afgelopen tien jaar zien we een verschuiving naar omgevingstheorieën die zowel de individuele kenmerken, de relatie tussen slachtoffer en pleger als ook de sociaal-maatschappelijke omgeving als verklarende factoren meenemen.

2.3.2 Experts en professionals

De perspectieven van experts en professionals komen grotendeels overeen met die in de literatuur. Zij beschrijven, kort samengevat, hoe mishandeling voorkomt door intrapersoonlijke factoren in het licht van interpersoonlijke relaties ingebed in een risicovolle omgeving. We lichten dit toe.

Volgens hen zijn intrapersoonlijke factoren die het risico op mishandeling vergroten verlies van autonomie bij de oudere en toenemende en verschillende vormen van afhankelijkheid (financieel, emotioneel en fysiek) op oudere leeftijd. Een professional in de extramurale zorg wijst erop dat niet alleen het slachtoffer een verlies aan autonomie kan ervaren, maar ook de pleger: '[…] niet alleen slachtoffers maar ook plegers zijn vaak afhankelijk van ouderen; zij hebben geen werk, woning of geld.'

Experts en professionals benaderen individuele risicofactoren op een interpersoonlijke manier, dat wil zeggen als een samenspel tussen oudere en pleger. Zij zien vooral wederzijdse afhankelijkheid tussen pleger en slachtoffer als een belangrijke factor, bijvoorbeeld omdat de pleger financieel afhankelijk is van de oudere, terwijl de oudere afhankelijk is van de pleger voor verzorging of boodschappen. Een andere interpersoonlijke factor in deze wederzijdse afhankelijkheid is een verlies aan macht en controle. Experts vinden niet alleen verlies van controle bij de oudere persoon risicovol, maar ook bij de pleger: 'De dader probeert zijn of haar macht en controle te vergroten door gebruik te maken van mishandeling.' De pleger mishandelt om macht en controle te herstellen in de relatie, zoals ook gesteld wordt in de (sociale) uitwisselingstheorie. Zo kan de pleger fysieke straf gebruiken om controle over het gedrag van de oudere uit te oefenen, of uit gevoelens van onmacht een oudere onvrijwillig opsluiten of vastbinden.

Vooral onder professionals, en minder onder experts, heerst het idee dat afhankelijkheid en kwetsbaarheid aan elkaar zijn gerelateerd: 'We zien ouderen als kwetsbaar en afhankelijk, die gaan samen, ze zijn verbonden.' Het onvermogen om dagelijkse levensverrichtingen uit te voeren of om autonoom en onafhankelijk te blijven kan dan leiden tot stressvolle situaties, die het risico op mishandeling vergroten. Net als afhankelijkheid heeft kwetsbaarheid volgens de professionals verschillende verschijningsvormen, zoals

financieel, fysiek, sociaal of emotioneel. Bovendien wijzen professionals op de omgevingsfactor van sociale isolatie: 'Sociaal isolement is een basis voor mishandeling. Eenzaamheid, geen sociale contacten of geen sociaal netwerk kunnen uiteindelijk leiden tot mishandeling.' Sommige experts suggereren dat sociale isolatie niet alleen een oorzaak maar ook een gevolg van mishandeling kan zijn.
Een andere factor bij de pleger of bij het slachtoffer die de experts vermelden, is stress en overbelasting door bijvoorbeeld werkloosheid, middelenmisbruik of familieproblemen. Volgens zowel de experts als de professionals is het onduidelijk of een familiegeschiedenis waarin mishandeling voorkomt een rol speelt. Vaak spreken zij over mishandeling als aangeleerd gedrag binnen families, maar sommige deelnemers denken precies het tegenovergestelde en betwijfelen of er bij ouderenmishandeling wel sprake is van intergenerationele overdracht van mishandeling (Mysyuk et al. 2015).

Volgens de experts en professionals zijn omgevingsfactoren mede verantwoordelijk voor het ontstaan en het continueren van ouderenmishandeling. Ze vinden dat er nog steeds een taboe rust op ouderenmishandeling. Illustratief is een opmerking van een manager van een zorgorganisatie dat 'in Nederland, en rond ouderen, ouderenmishandeling eigenlijk toch nog een groot taboe is [...] en ouderen zelf er ook moeilijk over praten'. Het taboe relateert zij, net als meerdere deelnemers, aan de vaak marginale maatschappelijke positie van ouderen, die in combinatie met afhankelijkheid en kwetsbaarheid kan leiden tot een verlaagd zelfbeeld. De sociaalmaatschappelijke positie van ouderen en de veranderingen in de maatschappij zetten volgens hen ouderen toch voornamelijk als een last neer, wat het moeilijker maakt om mishandeling te onderkennen of te melden. Ouderen zouden aarzelen om mishandeling te melden, omdat ze het gevoel hebben niet aan het ideaalbeeld van een zelfstandige, 'Zwitserleven'-oudere te voldoen en snel bang zijn tot last te zijn.

Ook in het verdere verloop van mishandeling vinden de experts en professionals dat sociaalmaatschappelijke veranderingen een rol spelen. Zo stelt het merendeel dat sociale controle en verantwoordelijkheid afnemen en resulteren in een gebrek aan solidariteit. Dit kan omstandigheden creëren die mishandeling mogelijk maken: 'Er is geen sociale controle, geen feedback [...]. Een sociale context is belangrijk, want dan heb je sociale controle over elkaar. En dat geldt natuurlijk voor elke mens die kwetsbaar is, dat geldt voor ouderen, dat geldt voor kinderen.' Bovendien beschrijven zij hoe de cultuur in zorginstellingen kan leiden tot het toestaan van mishandelend gedrag. Zij spreken over gebrek aan openheid in instellingen, maar ook over een zekere acceptatie van mishandelend gedrag zoals hardhandig optreden, geïrriteerd toespreken of zorg uitstellen. Sommigen stellen zelfs dat het hele systeem eigenlijk in de kern mishandelend is: door de druk om efficiënt te werken – en zo min mogelijk tijd te besteden aan zorgtaken – ontstaat een gebrek aan menselijke interactie (Mysyuk et al. 2013b). Deelnemers zien dit ook als een vorm van verwaarlozing.

Andere omgevingsfactor die zij noemen, is het gebrek aan samenwerking en coördinatie tussen zorgorganisaties en instellingen, wat leidt tot fragmentatie. Sommige deelnemers vertellen over situaties waarin mishandeling simpelweg voortduurde omdat informatie en communicatie ontbraken of niemand er oog voor had. Veranderende financiering van de gezondheidszorg, zo is de verwachting, kan leiden tot verdere fragmentatie. Een gerelateerd punt van discussie is ongelijkheid in voorzieningen door gemeentelijke aanbesteding van zorg. Zo stelt een deelnemer vrij expliciet: 'Je weet nooit welke keuze de gemeente zal maken: lantaarnpalen of preventie van ouderenmishandeling' (Mysyuk et al. 2013b). Experts en professionals hebben het gevoel dat sommige gevallen van ouderenmishandeling door deze processen langer voortduren dan noodzakelijk, of dat ze vaak creatief moeten zoeken naar manieren om ouderen te helpen. Zo bespreken ze hoe ze op verschillende manieren aanspraak proberen te maken op gemeentelijke fondsen of budget uit de langdurige zorg, of dat ze door de regelgeving een geval moeten overdragen en geen zicht meer hebben op hoe het de oudere verder vergaat.

Concluderend staan volgens experts en professionals de volgende concepten centraal in de etiologie van ouderenmishandeling: wederzijdse afhankelijkheid, kwetsbaarheid, macht en controle, sociale isolatie, stress en belasting, en mishandeling in de familiegeschiedenis. De laatste twee factoren zijn met name genoemd door experts en minder door professionals. Deze intra- en interpersoonlijke factoren worden veelal gezien als onderdeel van de relatie tussen slachtoffer en pleger. Daarnaast zijn volgens de deelnemers sociale omstandigheden een verklaring voor ouderenmishandeling, en zien zij een belangrijke invloed van sociaalmaatschappelijke omstandigheden. De intrapersoonlijke factoren zien zij als oorzaken van mishandeling, maar de relatie en omgeving creëren de gelegenheid. Professionals en experts maken zich vooral zorgen over de fragmentatie binnen de sociale zorg en de gezondheidszorg.

2.3.3 Niet-mishandelde ouderen

De visie van experts en professionals komt niet geheel overeen met die van niet-mishandelde ouderen (Mysyuk et al. nog te verschijnen c). Deze ouderen zien mishandeling vooral als fysiek en bewust geweld. Op de vraag wat zij onder ouderenmishandeling verstaan, zeggen veel geïnterviewden 'slaan natuurlijk', 'gooien of slaan', 'als ik denk aan mishandeling, dan denk ik aan slaan'. Het merendeel vindt een bewuste intentie een belangrijke voorwaarde om iets mishandeling te noemen: 'Iets dat je opzettelijk doet, met intentie, om iemand pijn te doen' (vrouw, 66 jaar). De initiële gedachte gaat dus vooral uit naar fysiek geweld. Slechts een minderheid van de niet-mishandelde ouderen noemt ook andere vormen, zoals psychische en financiële mishandeling en verwaarlozing.

Niet-mishandelde ouderen vinden, net als experts, professionals en wetenschappers, dat afhankelijkheid en kwetsbaarheid een grote rol spelen. Het is volgens hen belangrijk om

zo lang mogelijk onafhankelijk te blijven, ‘eigen baas blijven’. Hoe je kwetsbaar wordt, daar lopen de meningen over uiteen, maar men denkt vooral aan minder goed functioneren in financiën, mobiliteit, gezondheid en sociale relaties. Over kwetsbaarheid zijn de deelnemers ambivalent. Enerzijds zien zij dat veroudering nu eenmaal samengaat met fysieke (en soms cognitieve) achteruitgang en toenemende kwetsbaarheid. Anderzijds worden ouderen soms onterecht als kwetsbaar gezien, simpelweg omdat ze ouder zijn. Hun ambivalente gevoelens lijken voort te komen uit de negatieve betekenis van kwetsbaarheid: afhankelijkheid, tekortschieten en zwakte.

Net als experts en professionals zien niet-mishandelde ouderen ook sociaal-maatschappelijke omstandigheden als belangrijke factoren bij mishandeling. Volgens hen zijn maatschappelijke normen en waarden veranderd en daarmee ook familiewaarden. Meer nog dan experts en professionals vinden zij dat de maatschappij nu vooral is ingesteld op productiviteit, persoonlijke verantwoordelijkheid en efficiëntie. Dat impliceert dat er voor afhankelijke, onproductieve groepen, zoals zij meer kwetsbare ouderen zien, weinig ruimte is: ‘Ouderen zijn niet belangrijk in deze maatschappij’ (man, 73 jaar). Zij beschrijven de maatschappelijke benadering van ouderen als negatief: ‘Ik hoor maar heel weinig positieve dingen over ouderen en ouderdom’ (man, 82 jaar). Onder niet-mishandelde ouderen heerst het gevoel dat zij niet gewaardeerd worden en uitgesloten zijn omdat zij niet voldoen aan heersende maatschappelijke waarden. Ze vinden dat de status van ouderen is afgenomen. Ook het beeld van ouder worden is volgens hen vooral negatief, wat onbewust bijdraagt aan het risico op mishandeling. Daarnaast zien zij toenemende individualisering, waardoor ‘mensen niet verantwoordelijk zijn voor anderen [...]. Er is geen sociale verantwoordelijkheid [...]. Er is minder sociale controle’ (vrouw, 75 jaar). Dit alles, in combinatie met de nadruk op eigen verantwoordelijkheid en regie, vermindert de acceptatie van en het omgaan met kwetsbaarheid die met veroudering samengaat, zo menen de geïnterviewde ouderen.

De nadruk die niet-mishandelde ouderen leggen op fysieke mishandeling en bewust handelen is vrij opvallend (zie ook Mysyuk et al. nog te verschijnen b). Op de vraag waarom ze dit zo benadrukken, antwoorden ze dat ze aantoonbaar, onomstotelijk bewijs willen hebben voor mishandeling. Ze moeten zeker van hun zaak zijn, zo stellen ze, omdat ze bang zijn anders niet serieus genomen te worden. Hoewel ouderen dus vooral individuele eigenschappen als risicofactoren noemen, benadrukken ze overwegend omgevingsfactoren in hun verklaringen voor ouderenmishandeling.

2.3.4 Slachtoffers

De slachtoffers in dit onderzoek hebben te maken gehad met fysieke, psychologische en financiële mishandeling en verwaarlozing (zie voor een overzicht Mysyuk et al. nog te verschijnen a), vaak in huiselijke kring en vaak in een combinatie van deze vormen. De wat smalle definitie van mishandeling van niet-mishandelde ouderen als vooral bewust, fysiek

geweld, is dan ook anders dan die van de slachtoffers zelf. Slachtoffers beleven mishandeling veel meer als een proces; een aaneenschakeling van oorzaken, effecten en strategieën om hier mee om te gaan.

Net als niet-mishandelde ouderen noemen slachtoffers de afhankelijkheid van zorg, hulp en steun door anderen als een van de belangrijkste oorzaken: 'Ik ben volledig van zorg, hulp afhankelijk [...]. Ik heb hulp nodig met verschillende dingen thuis, maar ook voor mijn financiën en dat maakt je kwetsbaar en je kunt gemakkelijk slachtoffer worden' (man, 81 jaar). Tegelijkertijd zien zij, net als de experts en professionals, dat de pleger soms afhankelijk van hen is, bijvoorbeeld voor geld of een dak boven het hoofd. Binnen deze wederzijdse afhankelijkheid beschrijven zij hun machteloosheid en ook een drang naar macht van de pleger, vergelijkbaar met theorieën over macht en controle en de zienswijzen van experts en professionals.
Die wederzijdse afhankelijkheid ontstaat volgens hen uit eenzaamheid en sociale isolatie: slachtoffers steunen op de pleger. Ze beschrijven hoe marginaal ze zich voelen, en gebruiken termen als 'onnodig', 'nutteloos' en 'te oud'. Zoals een slachtoffer het formuleert: '[Ik voel me] overbodig, omdat de maatschappij mij zo ziet. Ik heb het gevoel dat er een label "te oud" is in deze maatschappij' (vrouw, 80 jaar). Slachtoffers denken dat deze marginalisatie bijdraagt aan hun mishandeling, omdat deze hun gevoel van nutteloosheid versterkt en het gevoel geeft er alleen voor te staan.

Mishandeling heeft psychologische, fysieke, morele, financiële en materiële gevolgen voor de slachtoffers. Onder psychologische gevolgen vallen negatieve gevoelens en emoties zoals schaamte, hulpeloosheid, vernedering, angst en spanningen. Mishandelde ouderen voelden zich soms radeloos en gefrustreerd, wat bij sommigen leidt tot stress en depressie. 'Deze ervaring is schandelijk en vernederend. Ik voelde mezelf gestrest en tegelijkertijd wanhopig' (vrouw, 79 jaar). Ook zijn er slachtoffers die zichzelf de schuld geven voor 'het laten gebeuren' van mishandeling. De fysieke gevolgen zijn niet alleen de effecten van de mishandeling zelf maar ook de resulterende gezondheidsproblemen. Slachtoffers beschrijven continue buikpijn, spanningsincontentie, slaap- en eetproblemen. Bij financiële mishandeling vertellen slachtoffers hoe ze voorzichtiger worden met geld en het geld meer waarderen dan voorheen. Sommige geïnterviewde slachtoffers, met name diegenen die mishandeld waren door niet-verwanten zoals buren en vrienden, geven aan dat hun normen en waarden zijn veranderd. Ze hebben minder vertrouwen in anderen, in hun welwillendheid en goede bedoelingen, omdat ze zich verraden en bedrogen voelen. Slachtoffers beschrijven ook dat ze minder vertrouwen hebben in hun eigen bekwaamheid en besluitvaardigheid, een verminderde zelfeffectiviteit, waarbij ook een lage zelfperceptie een rol speelt. Zo voelen zij zich 'vuil' of 'een idioot' en vinden ze het lastig om keuzes te maken en beslissingen te nemen.

De belangrijkste copingstrategieën van slachtoffers zijn organisaties of professionele hulp inroepen, familieleden of vrienden inschakelen of proberen het zelf op te lossen. Vaak

gebruiken slachtoffers verschillende strategieën tegelijk. Slachtoffers die professionele hulp inroepen zijn vooral mensen die meerdere vormen van mishandeling ondergaan en bij wie de plegers naaste familieleden of vrienden zijn. Voor zover te bepalen aan de hand van onze beperkte steekproef was in deze gevallen de periode tussen de eerste mishandeling en het benaderen van professionele hulp langer dan in andere gevallen van mishandeling in onze studie. Informele hulp is ingeroepen bij psychologische of financiële mishandeling en minder vaak als er meerdere vormen van mishandeling tegelijkertijd spelen. Zowel professionele als informele hulp is vaker, en eerder, gezocht bij financiële mishandeling. Dit lijkt te maken te hebben met het kleinere stigma rond financiële mishandeling: 'Het kan iedereen overkomen' (man, 78 jaar). Financiële mishandeling is gezien als 'normaler' en is daarom bespreekbaarder dan andere vormen van mishandeling.

Mensen die zelfstandig met de mishandeling proberen om te gaan, doen dit door zich bezig te houden met hobby's, werk of ontspanningstechnieken. Deze strategie wordt vooral ingezet bij psychologische mishandeling. Slachtoffers denken er zelf wel een weg in te kunnen vinden: 'Ik had een plan bedacht. Een overlevingsplan voor mezelf. Ik moet alles doen om over de mishandeling heen te komen en te blijven leven. Ik hou me bezig, ik lees, ik fiets, ik wandel. Dat helpt' (vrouw, 65 jaar). Na lang twijfelen heeft deze vrouw besloten het contact met de pleger, haar zoon, te verbreken en haar dochter te vertellen wat er gebeurd was. Nu ziet zij haar zoon niet meer.

Belangrijke overwegingen van slachtoffers om zelf een oplossing te zoeken zijn de vrees het contact met de pleger te verliezen (ongeacht of die een verwant is) of opnieuw mishandeld te worden als ze externe hulp inschakelen. Vooral bij psychologische mishandeling of verwaarlozing lijken dit belangrijke overwegingen, waarbij de plegers vaak familieleden zijn.

Kader 2.1 Twee casussen van mishandeling

Henk

Henk is een 83-jarige weduwnaar die alleen in een appartement woont. Zijn vrouw is vier jaar geleden overleden. Ze hadden geen kinderen. Ongeveer vijf jaar geleden komt Henk via vrijwilligerswerk in contact met een vrouw (Leila) en ze raken bevriend. Haar situatie is complex: ze heeft een hersenoperatie gehad, ze is verslaafd aan alcohol en drugs en heeft ook psychische problemen. Haar kinderen wonen bij een pleeggezin. Na het overlijden van Henks vrouw wordt Leila steeds veeleisender en agressiever. Ze begint Henk te beledigen en uit te schelden. Ze dreigt weg te gaan en niet meer voor hem te zorgen als ze geen geld krijgt. Terugkijkend stelt Henk dat hij het gevoel had dat Leila hem controleerde, macht over hem had. Hij voelde zich afhankelijk, angstig en gestrest. Leila was echter ook financieel afhankelijk van hem. Hij hield van haar en, zo stelt hij zelf, 'liet dit gebeuren'. Er was sprake van financiële uitbuiting, psychische mishandeling door bedreiging, schelden en beledigen en uiteindelijk ook fysieke agressie. Als de situatie ondragelijk wordt stapt Henk naar de politie. Die kan niet zo veel voor hem betekenen, omdat Henk af en aan teruggaat naar Leila. Pas nadat Leila wordt opgenomen voor haar psychische problemen wordt het contact verbroken. De ervaring met mis-

handeling veranderde zijn leven. Hij voelt zich onveilig en onzeker. Hij geeft zichzelf de schuld en zijn houding ten opzichte van geld is veranderd: hij is gieriger en voorzichtig geworden, maar hij stelt ook 'wijzer' te zijn. Henk zocht hulp bij het Steunpunt Huiselijk Geweld en de politie. Hij participeerde in een groep voor slachtoffers. Bovendien probeerde hij met de mishandeling om te gaan door activiteiten te doen waarvan hij geniet (tuinieren, lezen en reizen). Het contact met Leila is verbroken. Henk staat open voor nieuwe, positieve ervaringen en hoopt iemand te vinden met wie hij de rest van zijn leven kan delen.

Ellen
Ellen is 79 jaar en woont alleen in haar appartement in een grote stad. Zij heeft een zoon en een dochter. Haar zoon woont in dezelfde stad en haar dochter woont verder weg. Op het moment van mishandeling heeft ze geen hechte band met haar dochter. Haar zoon, Erik, helpt haar met de financiën, het huishouden, de boodschappen en andere dagelijkse zaken. Op een gegeven moment merkt ze dat bedragen van haar bankrekening verdwijnen. Ze probeert met haar zoon hierover te praten, maar die ontkent of stelt dat hij het voor een goed doel gebruikt. Dit helpt dus niet. De situatie verergert. Ellen voelt zich machteloos. Ze heeft het gevoel geen controle te hebben over de situatie. Haar zoon perst haar af door te zeggen dat hij niet meer voor haar zal zorgen en haar niet meer zal bezoeken als zij hulp zoekt. Ze voelt zich beschaamd en bang. Deze situatie duurt ongeveer een jaar. Ellen vraagt uiteindelijk hulp bij de GGD, en vertelt het na lang twijfelen aan haar dochter, waarna het contact met haar zoon verbroken wordt en haar dochter enkele zorgtaken overneemt. Ze probeert afleiding te zoeken door zich te richten op hobby's. Ondanks deze negatieve ervaring gelooft Ellen dat ze deze situatie zal overwinnen en haar leven weer kan oppakken.

De manier van omgaan met mishandeling lijkt vooral gerelateerd te zijn aan het mogelijke stigma en de vernedering die slachtoffers verwachten. Dit hangt samen met de verschillende vormen van mishandeling en de relatie tussen slachtoffer en pleger. Als de pleger een familielid of vriend is, duurt het langer voordat slachtoffers hulp zoeken, maar uiteindelijk komen ze dan wel bij professionele hulp terecht, vooral als er meerdere vormen van mishandeling tegelijkertijd plaatsvinden. Bij psychologische mishandeling en verwaarlozing proberen slachtoffers vaak eerst zelf een oplossing te vinden. Financiële mishandeling lijkt met minder schaamte en stigma samen te gaan en slachtoffers vinden het minder vernederend om hulp te vragen aan buitenstaanders (Mysyuk et al. nog te verschijnen a).

2.4 Conclusies

De perspectieven van wetenschappers, experts, professionals, niet-mishandelde ouderen en slachtoffers vertonen treffende verschillen en overeenkomsten. Experts en professionals staan in hun verklaringen het dichtst bij de literatuur. Ze benaderen individuele risicofactoren vooral als factoren in de relatie tussen slachtoffer en pleger, maar noemen ook sociale isolatie en sociaalmaatschappelijke factoren. Ze zien een belangrijke invloed van kwetsbaarheid en afhankelijkheid, waarbij slachtoffer en pleger vaak wederzijds afhankelijk zijn.

Niet-mishandelde ouderen benadrukken fysiek geweld en opzet in hun omschrijving van ouderenmishandeling. Zij zoeken zichtbaar bewijs voor mishandeling, omdat zij bang zijn niet serieus genomen te worden. Dit lijkt samen te hangen met hun idee dat zij een marginale sociaalmaatschappelijke positie hebben. De zienswijzen van niet-mishandelde ouderen kunnen beïnvloeden wanneer en hoe zij ouderenmishandeling zien of melden. Zo zullen zij wellicht lang wachten met melden tot er duidelijk bewijs is of alleen melden in gevallen van fysieke mishandeling, of als zij opzet zien.
Zowel slachtoffers als niet-mishandelde ouderen verklaren mishandeling aan de hand van interpersoonlijke factoren, zoals macht en controle en wederzijdse afhankelijkheid tussen slachtoffer en pleger. Deze laatste bevinding, ondersteund door experts en professionals, geeft een andere betekenis aan het begrip afhankelijkheid dan gewoonlijk beschreven in de literatuur, die in eerste instantie alleen kijkt naar de afhankelijkheidspositie van de oudere. Bovendien is afhankelijkheid op oudere leeftijd geen eenduidig begrip, omdat het gepaard gaat met gemengde gevoelens over de betekenis van kwetsbaarheid en afhankelijkheid, tegelijkertijd onverenigbaar is met het streven naar onafhankelijkheid, maar ook samenhangt met fysieke veroudering.

Het is daarnaast opvallend dat alle groepen deelnemers wijzen op sociaalmaatschappelijke factoren, zoals de marginale positie en verminderde maatschappelijke waarde van ouderen. Dit wordt met name genoemd door ouderen zelf en in mindere mate door experts en professionals. Over de rol van sociaalmaatschappelijke factoren in ouderenmishandeling is nog weinig bekend.
Dat de bredere context van mishandeling belangrijk is, komt ook naar voren in de manier waarop slachtoffers reflecteren op hun ervaringen. Zij beschrijven hoe hun beslissing om mishandeling te melden en hoe zij omgaan met de situatie afhankelijk is van de relatie met de pleger en hoe zij denken dat de omgeving de mishandeling ziet. Slachtoffers voelen veel schaamte over de situatie. De verwachte reactie van anderen, de maatschappij, speelt een belangrijke rol in hun beslissing om het te melden of externe hulp in te schakelen.

2.5 Aanbevelingen en toekomstige studies

Onze bevindingen zijn te gebruiken voor preventie- en interventiemaatregelen, een meldsysteem voor ouderenmishandeling en in beleidsprogramma's. Zo kunnen professionals en beleidsmakers de zienswijzen van ouderen, mogelijke melders en potentiële slachtoffers, in hun communicatie of voorlichtingsmateriaal meenemen. Ook kunnen professionals gewezen worden op de nadruk die ouderen, mogelijke melders en slachtoffers, leggen op intentioneel, fysiek geweld, zodat ze hun gespreksvoering bij een melding kunnen laten aansluiten bij deze gedachtegang. Direct vragen naar mishandeling levert misschien niet zo veel op als ouderen onopzettelijk of niet-fysiek geweld niet als mishandeling opvatten; vragen naar onaangenaam gedrag of relationele problemen wellicht

wel. Dergelijke formuleringen zijn in preventiemaatregelen of in prevalentieonderzoek mee te nemen.

Aangezien blijkt dat ouderen zich uitgesloten en niet gewaardeerd voelen, stellen we voor om ouderen actief te betrekken bij het beleid, de preventie en interventie in ouderenmishandeling. Dit kan in bijeenkomsten en trainingen over ouderenmishandeling, in teams die gevallen van ouderenmishandeling behandelen, of in vrijwilligersgroepen. Op die manier wordt niet alleen meer informatie verstrekt over mishandeling en invloed uitgeoefend op meldgedrag, maar tevens een actieve rol gegeven aan ouderen. Bovendien geven hun perspectieven professionals inzicht in wanneer ouderen een situatie als mishandeling zien en melden of juist niet.

Een belangrijke lacune in de kennis over ouderenmishandeling is het perspectief van de pleger. Ook is er relatief weinig aandacht voor de mogelijke melders van ouderenmishandeling. Wanneer gaan mensen over tot melding? Welke omstandigheden kunnen er voor zorgen dat ze gaan melden? Onze bevindingen over het verband tussen copingstrategieën van slachtoffers, de vorm van mishandeling en de relatie met de pleger geven aanleiding tot nader onderzoek naar deze factoren. Als we meldpatronen beter begrijpen, kunnen we meldingsmogelijkheden beter laten aansluiten op de ervaringen van slachtoffers. Bovendien kunnen we dan de samenhang tussen copingstrategieën en de relatie tussen pleger en slachtoffer in kaart brengen, en interventies hierop laten aansluiten. Een nauwkeurig prevalentieonderzoek naar slachtoffers van mishandeling zou dit kunnen brengen.

Noten

1 We kiezen voor een definitie die uitgaat van een vertrouwensrelatie, omdat daarmee incidenteel geweld is uitgesloten. Dit is in lijn met de definities van de WHO en National Research Council in de Verenigde Staten (Bonnie en Wallace 2003).

2 Hoewel verouderingsproblematiek een breed begrip is, is er over het algemeen consensus over de aandoeningen die het meeste samenhangen met veroudering, de 'geriatrische reuzen'. Hieronder vallen instabiliteit, immobiliteit, cognitieve achteruitgang, incontinentie, gehoor- en/of gezichtsverlies. Onder verouderingsproblemen verstaan we dus symptomen die samenhangen met de stijgende leeftijd.

3 Alle deelnemers zijn uitgenodigd om deel te nemen aan een van de focusgroepen op basis van hun expertise of ervaring. De deelnemers gaven allen mondeling of via een formulier toestemming voor het onderzoek. Voor de interviews en focusgroepen is gebruikgemaakt van een themalijst met hoofdvragen. De lijst met thema's is eerst ontwikkeld op basis van literatuur over ouderenmishandeling. De vragen zijn uitgewerkt na proefinterviews met ouderen en indien nodig veranderd. Daarnaast zijn de vragen, zoals gebruikelijk bij semigestructureerde interviews, aangepast tijdens de interviews om de vragen begrijpelijk en relevant te houden (Mysyuk, nog te verschijnen). Interviews en focusgroepen zijn verbatim getranscribeerd. De transcripten zijn geanalyseerd met NVivo, een softwareprogramma

voor kwalitatieve data-analyse. De analysebenadering was met name inductief, waarbij concepten worden afgeleid van de getranscribeerde data door een coderingstechniek gebaseerd op de '*grounded theory*'-benadering (Glaser en Strauss 1967).

4 Studies die theorieën beschrijven waarin ouderenmishandeling wordt verklaard zijn geïncludeerd. Deze studies zijn geïdentificeerd aan de hand van een zoekstrategie in zes databases. Uiteindelijk zijn 21 studies meegenomen in deze review (zie Mysyuk et al. 2015).

3 Schatting prevalentie op basis van enquête huiselijk geweld

Peteke Feijten (SCP) en Meta Moerman (GGD Gelderland-Zuid)

3.1 Ouderenmishandeling in relatie tot huiselijk geweld

Actuele gegevens over de omvang van ouderenmishandeling in Nederland zijn er niet. De recentste enquête stamt uit 1995 (Comijs et al. 1996). Wel is er in 2012 grootschalig enquêteonderzoek gedaan onder ouderen. De Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012, van de Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en), het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) vroeg naar ervaringen met huiselijk geweld. Omdat ouderenmishandeling een vorm van huiselijk geweld is, kunnen we proberen uit deze enquêtegegevens de aard en omvang van ouderenmishandeling af te leiden. Hiervoor selecteren we huiselijk geweld dat ouderen meemaakten in de laatste vijf jaar.

Naar schatting zijn jaarlijks ruim 200.000 mensen, dus ook niet-ouderen, in Nederland slachtoffer van huiselijk geweld volgens de definitie van de Nederlandse politie (Ferwerda en Hardeman 2013):

> *Huiselijk geweld is geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer is gepleegd. Hierbij wordt onder geweld 'aantasting van de persoonlijke integriteit' verstaan, waarbij een onderscheid gemaakt wordt in lichamelijk, seksueel en psychisch huiselijk geweld, belaging ('stalking') en bedreiging. De pleger is de (ex-)partner, een gezins- of familielid of een huisvriend van het slachtoffer.*

De geweldsvormen waarnaar is gevraagd in de Gezondheidsmonitor zijn psychisch of emotioneel geweld, lichamelijk geweld, ongewenste seksuele toenadering en seksueel misbruik. Twee andere vormen die vaak tot ouderenmishandeling worden gerekend, financiële uitbuiting en verwaarlozing, ontbreken.
De enquêtegegevens bieden de mogelijkheid om te laten zien welke kenmerken de kans vergroten dat een oudere slachtoffer van huiselijk geweld wordt, met andere woorden: met welke *risicofactoren* ouderenmishandeling samenhangt.

Uit de definitie van ouderenmishandeling (zie § 1.2) blijkt dat deze zich onderscheidt van huiselijk geweld doordat de pleger niet per se uit de huiselijke kring hoeft te komen, maar ook een professionele zorgverlener kan zijn. Of de pleger nu een bekende of een professional is, vaak hebben slachtoffers de pleger in hun dagelijks leven nodig voor verzorging of huishoudelijke taken. Dat maakt de relatie tussen slachtoffer en pleger heel belangrijk maar ook complex. De pleger geeft het slachtoffer ook (dagelijkse) zorg en aandacht.

Het is daarom goed voor te stellen dat ouderen niet gauw aan de bel trekken bij mishandeling, of zelfs niet eens voor zichzelf toegeven dat zij mishandeld worden.
In de definitie van huiselijk geweld wordt niet gesproken over een afhankelijkheidsrelatie. Toch zal die er vaak zijn. Bij ouderenmishandeling gaat het vaak specifiek om zorgafhankelijkheid (zie hoofdstuk 1). Deze focus kunnen we nu moeilijk aanbrengen, omdat de Gezondheidsmonitor geen gegevens bevat over zorggebruik of zorgbehoefte. Wel kan de analyse van risicofactoren inzicht geven in aspecten die te maken hebben met zorgbehoefte, zoals leeftijd en gezondheid.
Hoewel de afhankelijkheidsrelatie een belangrijk element van de definitie van ouderenmishandeling is, wordt ze in onderzoek naar mishandeling op basis van enquêtes vaak niet geoperationaliseerd om de populatie af te bakenen of om de vraagstelling te bepalen. Comijs (1999: 10) legt duidelijk uit waarom dit zo is:

> *Emotional dependency of the victims on a relative or a good friend is considered to be inherent [...]. When professional care is provided, a certain dependency must be present, otherwise help would not be needed. This suggests that in all relationships of elderly people with others who are well-known and trusted, some aspect of dependency will be present. Dependency therefore seems to be an unnecessary addition to the definition of elderly mistreatment.*

3.2 Literatuur

Risicofactoren voor ouderenmishandeling

Uit de literatuur is bekend is dat er diverse factoren zijn die de kans op ouderenmishandeling beïnvloeden. Evenals in hoofdstuk 2 delen we die op in intrapersoonlijke factoren (zoals fysieke en psychische beperkingen van het slachtoffer), interpersoonlijke factoren (kenmerken van de relatie tussen slachtoffer en pleger) en omgevingsfactoren (zoals omvang van het sociale netwerk en toegang tot zorg), maar richten ons nu niet op theorieën, maar op gevonden onderzoeksresultaten.
Intrapersoonlijke factoren waarvan in de internationale literatuur vaak een verband met ouderenmishandeling wordt gevonden zijn ouderdoms- en gezondheidsgerelateerde factoren. In de eerste plaats zijn dat gevoelens van depressie en eenzaamheid. Dit verband is in bijna alle studies gevonden, ongeacht interviewmethode, meetinstrumenten en leeftijd en geslacht van respondenten, en blijft ook bestaan in multivariate analyses (Wu et al. 2012; Luoma et al. 2011; O'Keeffe et al. 2007; Soares et al. 2010; Naughton et al. 2012).
Ook een slechte fysieke gezondheid en een fysieke beperking hangen vaak samen met een grotere kans op ouderenmishandeling en dan vooral psychische mishandeling (Luoma et al. 2011; O'Keeffe et al. 2007; Wu et al. 2012; Lowenstein et al. 2009).
Ouderen die veelvoudig gebruik maken van gezondheidszorg bleken ook een verhoogde kans te lopen om mishandeld te worden (Macassa et al. 2013), en dit zal waarschijnlijk te maken hebben met de relaties met zorgverleners die men dan aangaat. Dit kan worden opgevat als een interpersoonlijk kenmerk.
Omgevingsfactoren die vaak invloed op ouderenmishandeling hebben zijn een klein sociaal netwerk en beperkte ontvangst van sociale steun (Acierno et al. 2010; Naughton

et al. 2012; Luoma et al. 2011). Deze factoren vergroten vooral de kans op psychische mishandeling. Ook angst voor geweld en gevoelens van onveiligheid (Olofsson et al. 2012; Lowenstein et al. 2009) vertonen een verband met ouderenmishandeling.

Meting van huiselijk geweld onder ouderen met enquêtes

Enquêtes over huiselijk geweld (of over ouderenmishandeling) worden veel gebruikt in prevalentiestudies, maar er kleven nadelen aan die tot ondertelling van slachtoffers kunnen leiden. We noemen de belangrijkste die blijken uit de literatuur. Ten eerste schaamte en niet-herkenning bij de respondenten. Hierdoor ontkennen zij dat ze mishandeld zijn, terwijl dit feitelijk wel zo is. Een tweede nadeel is niet-deelname van de allerkwetsbaarsten. Zo zijn in veel studies cognitieve beperkingen, zoals dementie, een expliciete reden om mensen uit te sluiten van deelname, omdat de betrouwbaarheid van hun antwoorden te onzeker is (bv. Naughton et al. 2012; Acierno et al. 2010). Ten derde komt het vaak voor dat mensen de uitnodiging voor deelname afslaan vanwege slechte gezondheid, terwijl te verwachten is dat juist zij vaker slachtoffer zijn van ouderenmishandeling dan gezonde mensen (O'Keeffe et al. 2007: 19). Ten slotte worden de meeste enquêtes gehouden onder mensen die zelfstandig wonen, terwijl de kwetsbaarste ouderen juist in instellingen wonen (bv. Lowenstein et al. 2009).

Studies die prevalentie van ouderenmishandeling schatten op basis van enquêtes blijken sterk verschillende uitkomsten te hebben (zie ook Plaisier en De Klerk 2014: 15/16). Dit heeft vaak te maken met de keuzes die zijn gemaakt over de ondervraagde groep (leeftijdsgrenzen; al dan niet selectie van zorggebruikers); de manier waarop men aan deelnemers is gekomen (via een algemene enquête of via registraties) en de manier van ondervragen (face-to-face, telefonisch, schriftelijk, online). Ook de vraagstelling en het aantal vragen maken uit. Zo wordt in een veel gebruikt meetinstrument voor huiselijk geweld, de *Conflict Tactics Scale* (Straus 2007), gevraagd naar feitelijk meegemaakte gebeurtenissen en gedrag, via een groot aantal vragen. Deze aanpak vergroot de kans op een bevestigend antwoord, en dus op een hogere prevalentie. Bij de interpretatie van een prevalentiecijfer dat is verkregen uit een enquête is het dus belangrijk om rekening te houden met de kenmerken van de onderzoeksopzet.

3.3 Data en methode

Data

De data zijn afkomstig uit de Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012, GGD'en, CBS en RIVM, gedeelte Ouderen. Het onderzoek is gehouden onder 19-plussers. Het CBS heeft een aselecte steekproef getrokken van ouderen (65 jaar of ouder op 1 januari 2013) uit de gemeentelijke basisadministratie. In de maanden september, oktober en november 2012 zijn gegevens verzameld via een enquête die mensen online of op papier konden invullen. Ruim 150.000 ouderen namen deel. Zij vormen geen perfecte afspiegeling van de totale bevolking van ouderen in Nederland. Om de resultaten toch zo representatief mogelijk te

laten zijn, kregen de antwoorden een zwaarder of lichter gewicht als een type deelnemer onder- of oververtegenwoordigd was.[1] Meer informatie over data, veldwerk en weegprocedure is te vinden in Moerman et al. (2014) en op de website van het CBS (CBS 2015).

Vragenlijst en variabelen

De basisvragenlijst is landelijk gestandaardiseerd voor alle GGD'en en bevat de volgende onderwerpen: kwaliteit van leven (ervaren gezondheid), lichamelijke gezondheid (chronische aandoeningen, beperkingen in horen, zien en mobiliteit), psychische gezondheid (angst en depressie), sociale situatie (mantelzorg geven, eenzaamheid, huiselijk geweld), lengte en gewicht, leefstijl (alcoholgebruik, bewegen, roken) en achtergrondkenmerken (geslacht, leeftijd, herkomst, huishoudenssamenstelling, inkomen, opleiding en werksituatie). Het vragenblok over huiselijk geweld bevat vier vragen met de volgende introductietekst (GGD/GHOR 2012):
Huiselijk geweld is geweld dat door iemand uit de huiselijke kring wordt gepleegd (gezinsleden, familieleden, (ex)partners, huisvrienden). Slachtoffers en daders van geweld kunnen zowel vrouwen, kinderen als mannen zijn. Het kan gaan om:
- *Psychisch of emotioneel geweld (getreiterd, gekleineerd of uitgescholden worden, enz.);*
- *Lichamelijk geweld (mishandeld, geschopt en geslagen, enz.);*
- *Ongewenste seksuele toenadering (seksueel getinte opmerkingen, ongewenst aangeraakt, enz.);*
- *Seksueel misbruik (aangerand of verkracht).*

Om ouderenmishandeling vast te stellen moeten respondenten idealiter bevraagd zijn over mishandeling vanaf de leeftijd van 65 jaar, maar dat is in deze data over huiselijk geweld niet gebeurd. Wel is bekend of de mishandeling in het afgelopen jaar, een tot vijf jaar geleden, of langer dan vijf jaar geleden plaats vond. Door alleen de perioden tot hooguit vijf jaar geleden te selecteren, sluiten we mishandelingen tijdens de jeugd, jongvolwassenheid en middelbare leeftijd uit.

3.4 Resultaten

3.4.1 Prevalentie

Van alle 155.746 ouderen in de dataset (inclusief fitte, onafhankelijke ouderen) gaf slechts 0,5% aan in de afgelopen vijf jaar huiselijk geweld te hebben ondergaan (ofwel 1 op de 200 ouderen). Versmallen we de focus tot de meest kwetsbare ouderen[2] (dat zijn er 45.837), dan gaf 1,0% aan dat zij in de afgelopen vijf jaar slachtoffer waren geweest (ofwel 1 op 100 kwetsbare ouderen). Deze percentages zijn vijfjaarsprevalenties, waarbij het merendeel van de mishandelingen in het recentste jaar plaatsvond.
Kijken we alleen naar de mishandelde ouderen (dat zijn er 825), dan rapporteert 58% van hen mishandeling in het afgelopen jaar en 42% in de periode van een tot vijf jaar geleden. Logischerwijs zou je verwachten dat het tweede percentage hoger was; dat omvat immers een langere periode. Een soortgelijk fenomeen vonden Van Dijk et al. (2010: 53) in een

enquêtestudie naar huiselijk geweld, waarin werd gevraagd naar slachtofferschap van huiselijk geweld *ooit*. Je zou daar de hoogste percentages bij ouderen verwachten omdat zij langer hebben blootgestaan aan het risico op mishandeling, maar ouderen rapporteerden lagere percentages dan jongeren en mensen van middelbare leeftijd. De auteurs wijten dit aan verschillen in normen en opvattingen tussen ouderen en jongeren: ouderen vinden misschien vaker dat men persoonlijke problemen voor zich moet houden, of zij hebben andere (strengere) opvattingen over wat huiselijk geweld is. Een alternatieve verklaring is dat incidenten die langer geleden zijn, simpelweg vergeten worden (Skogan 1986). Gebeurtenissen die als heel ingrijpend zijn ervaren, worden soms korter geleden in de tijd geplaatst dan ze in werkelijkheid gebeurden (Lynch 1993), wat ook kan bijdragen aan de hoge rapportage van mishandeling in het afgelopen jaar. Ten slotte is er mogelijk sprake van selectieve uitval: mensen die langdurig mishandeld worden nemen vaker geen deel aan enquêtes over dit onderwerp. Deze zaken kunnen ook in onze data spelen.

Type mishandeling en pleger

De meest voorkomende vorm van mishandeling die ouderen in onze dataset noemen is psychisch/emotioneel: ruim acht op de tien mishandelde ouderen (tabel 3.1). Lichamelijke mishandeling is door ongeveer een op de drie gerapporteerd. Seksuele mishandeling komt aanzienlijk minder voor (minder dan een op de tien slachtoffers).
Ruim twee op de tien slachtoffers ondervinden meer dan een soort mishandeling, vaak een combinatie van psychische en lichamelijke mishandeling (niet in tabel). Vooral seksuele mishandeling komt vrijwel nooit alleen voor: van alle ouderen die slachtoffer zijn van ongewenste seksuele toenadering is 91% ook psychisch mishandeld. En van alle slachtoffers van seksueel misbruik is 97% ook psychisch mishandeld en 94% ook fysiek mishandeld (niet in tabel).

Tabel 3.1
Typen huiselijk geweld onder ouderen in de afgelopen vijf jaar, 2012 (in procenten; n = 797)

type	%
psychisch/emotioneel	84
Lichamelijk	35
ongewenste seksuele toenadering	5
seksueel misbruik	2
aantal typen waarvan slachtoffer	
slachtoffer van één type	78
slachtoffer van twee typen	22

Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012, GGD'en, CBS en RIVM

Ruim de helft van de slachtoffers is mishandeld door hun partner (tabel 3.2). Ook mishandeling door ex-partners en door kinderen komt regelmatig voor (resp. 15% en 17%).

Vrijwel altijd is de mishandeling gepleegd door familie; mishandeling door een huisvriend komt in deze data niet voor. Wel geeft 18% aan mishandeld te zijn door iemand anders dan de gegeven categorieën. Daaronder kunnen professionele verzorgers vallen – een categorie die bij ouderenmishandeling ook pleger kan zijn. Hoogstwaarschijnlijk hebben we in deze data te maken met een ondertelling van professionals als plegers, omdat in de enquête gevraagd is naar plegers 'uit de huiselijke kring'. De meeste slachtoffers zijn door één pleger mishandeld, maar bij anderhalf op de tien ouderen is sprake van meerdere plegers.

Tabel 3.2
Plegers van huiselijk geweld tegen ouderen in de afgelopen vijf jaar, 2012 (in procenten; n = 800)

pleger	%
partner	55
ex-partner	15
kind of stiefkind	17
overige familie	12
anders	18
aantal plegers	
één pleger	85
twee plegers	15

Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012, GGD'en, CBS en RIVM

3.4.2 Risicofactoren

De data bieden ook gelegenheid om te zien met welke persoonlijke kenmerken huiselijk geweld bij ouderen samenhangt. We maken onderscheid tussen intrapersoonlijke factoren en omgevingsfactoren (deze dataset bevat geen interpersoonlijke factoren). We kijken steeds of huiselijk geweld significant vaker voorkomt bij mensen met of zonder bepaalde kenmerken (zie tabel 3.3). De verschillen zijn op twee manieren statistisch getoetst: eerst is gekeken naar de samenhang tussen afzonderlijke kenmerken en de prevalentie van huiselijk geweld (bivariaat) en vervolgens naar de samenhang tussen de kenmerken en de prevalentie van huiselijk geweld terwijl er statistisch rekening is gehouden met andere kenmerken (multivariaat).[3] Zo is er geen verschil in prevalentie van huiselijk geweld tussen mensen met hoge of lage inkomens of fitte en minder fitte mensen. In het multivariate model (laatste kolom tabel 3.3) vallen nog enkele variabelen af omdat zij niet langer een significant verband hebben met het risico op huiselijk geweld.

Tabel 3.3
Factoren die samenhangen met prevalentie van huiselijk geweld,[a] mensen van 65 jaar of ouder, 2012 (in procenten en odds ratio's; n = 141.489)

	bivariaat prevalentie %		multivariaat odds ratio	
geslacht				
man	0,5	ref.	1	
vrouw	0,6	**	1,39	**
leeftijd				
65-74 jaar	0,6	ref.	1	
75-84 jaar	0,4	***	0,63	***
≥ 85 jaar	0,3	***	0,46	***
burgerlijke staat				
gehuwd	0,5	ref.	1	
ongehuwd samenwonend	1,1	**	1,83	
ongehuwd alleenstaand	0,5		0,7	
gescheiden	1,3	***	1,44	**
verweduwd	0,4		0,66	*
etniciteit				
autochtoon	0,5	ref.	1	
migrant	0,8	**	1,47	**
opleidingsniveau				
laag (lo)	0,5	ref.	1	
midden 1 (mavo, lbo)	0,5		1,37	
midden 2 (havo, vwo, mbo)	0,6		1,62	**
hoog (hbo, wo)	0,7	**	2,29	***
moeite met rondkomen				
nee	0,4	ref.	1	
ja	1,3	***	1,96	***
algemene gezondheid				
(zeer) goed	0,4	ref.		
gaat wel	0,7	***		
(zeer) slecht	1,3	***		
chronische aandoening				
geen	0,3	ref.	1	
minimaal één	0,6	***	1,51	*
moeite met algemene dagelijkse levensverrichtingen				
geen moeite	0,5	ref.		
moeite met minimaal één	0,7	***		
score op angst- en depressieschaal[b]				
lage score	0,3	ref.	1	
hoge score	1,0	***	2,24	***

Tabel 3.3
(Vervolg)

	bivariaat prevalentie %		multivariaat odds ratio	
alcoholgebruik				
drinkt geen alcohol	0,5		1	
drinkt alcohol	0,5		1,34	*
emotionele eenzaamheid				
niet	0,3	ref.	1	
wel	1,2	***	2,55	***
sociale eenzaamheid				
niet	0,3	ref.	1	
wel	0,9	***	2,01	***
wald $chi^2(21)$			379,89	
pseudo R2			0,099	

a Geen verschillen gevonden naar alleen wonen, inkomen en voldoen aan fitnorm (bewegen).
b Gemeten op de Kessler *psychological distress scale* (K10), met een scorebereik van 10 tot 50 (Kessler et al. 2002). Scores onder de 20 zijn gelabeld als 'geen risico', scores 20-24 als 'laag risico', scores 25-29 als 'matig risico' en scores van 30 en hoger als 'hoog risico' (Andrews en Slade 2001). Scores <25 zijn 'lage score'.

Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012, GGD'en, CBS en RIVM

Vrouwen zijn vaker slachtoffer dan mannen (kolom 'prevalentie' in tabel 3.3), een uitkomst van veel studies over ouderenmishandeling. Leeftijd heeft een negatief verband: hoe ouder, hoe minder mishandeling. Dit spreekt andere bronnen tegen, die meestal vinden dat de kans op ouderenmishandeling toeneemt met leeftijd. Waarschijnlijk vinden we hier minder mishandeling onder de oudste ouderen, omdat juist de kwetsbaarsten nauwelijks meedoen aan enquêtes. Ook zien we verschillen naar burgerlijke staat. Huiselijk geweld komt vaker voor onder ouderen die ongehuwd samenwonen of gescheiden zijn dan onder getrouwde ouderen. In het multivariate model blijft alleen de verhoogde kans onder gescheiden ouderen bestaan. Echtscheiding kan het gevolg zijn van achterliggende huiselijke problemen. Complexe relationele verhoudingen kunnen aanleiding zijn voor huiselijk geweld. Immigranten (westers en niet-westers) lopen meer risico op huiselijk geweld dan autochtone Nederlanders. Uit de gegevens is niet te achterhalen waar dat mee samenhangt.

Hogeropgeleide ouderen rapporteren vaker dat zij slachtoffer zijn van huiselijk geweld dan lageropgeleide. Waarschijnlijk komt dit vooral door de grotere assertiviteit van hoogopgeleiden, en hun lagere tolerantie van geweld (een algemeen verschijnsel dat ook in

andere landen en bij slachtofferschap van andere criminaliteitsvormen gevonden wordt, zie bv. Laub 1997: 25).
Huiselijk geweld komt aanzienlijk vaker voor onder ouderen die moeite hebben om rond te komen. In het multivariate model is hun kans tweemaal zo groot. Moeite hebben om rond te komen is een indicator van financiële stress in het huishouden. Die stress kan in sommige gevallen leiden tot depressie, wat vervolgens kan leiden tot geweld. Deze interpretatie wordt gesteund door de bevinding dat er in de data een sterk verband bestaat tussen 'moeite met rondkomen' en 'hoge score op angststoornis- of depressieschaal' (niet in tabel).

Er zijn ook verbanden met gezondheid. Mensen met een slechtere algemene gezondheid, een chronische aandoening, een functionele beperking bij algemene dagelijkse levensverrichtingen en een hoge score op de angststoornis- en depressieschaal zijn vaker slachtoffer van huiselijk geweld. Een slechte gezondheid is een indicator voor zorgbehoefte, en het is deze zorgbehoefte die ouderen kwetsbaar maakt voor mishandeling (zie ook hoofdstuk 1).

Onder eenzame ouderen, tot slot, komt mishandeling veel vaker voor dan onder ouderen die niet eenzaam zijn. Dit zit hem vooral in emotionele eenzaamheid (het sterke gemis van een intieme relatie), maar ook in sociale eenzaamheid (het gemis van betekenisvolle relaties met een bredere groep mensen zoals vrienden, kennissen, collega's of buurtgenoten). De sterke relatie tussen ouderenmishandeling en eenzaamheid is in veel studies gevonden, waarbij auteurs er steevast op wijzen dat de richting van dat verband twee kanten op kan lopen. We komen hier later in deze paragraaf nog op terug.

In de kolom 'odds ratio' in tabel 3.3 is te zien hoe de kansen op huiselijk geweld verschillen tussen ouderen met en zonder bepaalde kenmerken, als we tegelijkertijd rekening houden met hun overige gemeten kenmerken. Sommige verbanden die in de kolom 'prevalentie' significant waren, zijn dat nu niet meer. Zo hangen algemene gezondheid, chronische aandoeningen en dagelijkse beperkingen sterk samen. Van lichamelijke aandoeningen blijven chronische aandoeningen significant. Bij geestelijke gezondheid blijft het effect van angststoornissen en depressies zeer sterk: het gaat gepaard met een ruim tweemaal verhoogde kans op mishandeling. In het multivariate model blijkt er ook een verband tussen alcoholgebruik en huiselijk geweld. Alcoholgebruik slaat hier op het slachtoffer zelf, maar kan ook een indicator zijn van alcoholgerelateerde problemen in het huishouden, want het is bekend dat mensen die alcohol drinken vaker omgaan met mensen die dat ook doen (Bullers et al. 2001). Alcoholgebruik vergroot de kans op ongecontroleerd gedrag en daarmee op huiselijk geweld (zie ook Lachs en Pillemer 2004).

Let wel, we laten hier alleen verbanden zien; dingen die tegelijkertijd voorkomen. Dit zegt niets over oorzaak en gevolg. Zo is het aannemelijk dat eenzame mensen sneller mishandeld worden dan mensen met veel sociale contacten, maar evengoed is het aanneme-

lijk dat mensen zich eenzaam gaan voelen doordat zij mishandeld worden. De twee kunnen elkaar ook versterken (zie ook Acierno et al. 2010). Dezelfde wederzijdse oorzakelijkheid is voor te stellen bij angststoornissen en depressies. Ten slotte is het belangrijk om te beseffen dat het verband tussen mishandeling en gezondheidskenmerken mogelijk via zorggebruik loopt. Dan leidt niet de slechte gezondheid tot een groter risico op mishandeling, maar het feit dat iemand vanwege zijn slechte gezondheid meer zorg gebruikt. Dat vergroot immers de kans dat er een zorgverlener over de vloer komt die de oudere mishandelt.

Verschillen in risicofactoren tussen psychologisch en fysiek geweld en tussen mannen en vrouwen

In bijlage A zijn tabellen opgenomen waarin de risicofactoren apart geanalyseerd zijn voor psychisch en fysiek geweld (tabel A3.1) en apart voor mannen en vrouwen (tabel A3.2) (te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport).
Bij de vergelijking van risicofactoren voor psychisch en fysiek geweld valt op dat gescheidenen meer kans op fysiek geweld lopen en verweduwden minder kans op psychisch geweld (beide in vergelijking met gehuwden). Bij fysiek geweld zijn er geen opleidingsverschillen en bij psychisch geweld wel. Wellicht dat hoogopgeleiden het sneller onacceptabel vinden dat er op een bepaalde manier tegen hen gesproken wordt. Ten slotte valt op dat bij psychisch geweld de eenzaamheidseffecten sterker zijn. Dit kan te maken hebben met het feit dat eenzaamheid zelf een psychologisch kenmerk is.

Bij de vergelijking van risicofactoren tussen mannen en vrouwen valt op dat bij vrouwen het leeftijdseffect sterker is: met stijgende leeftijd neemt hun kans om slachtoffer te worden veel sneller af dan bij mannen. Ook is er een verschil naar etniciteit: alleen bij mannen lopen migranten meer kans op huiselijk geweld. Helaas ontbreekt kennis om dit verschil te kunnen duiden. Op het vlak van gezondheid zien we dat alleen bij vrouwen een chronische aandoening een sterk verband met huiselijk geweld heeft. Mogelijk dat dit verband bij mannen niet bestaat omdat mannen met een chronische aandoening vaak door hun vrouw verzorgd worden en vrouwen makkelijker een verzorgende rol op zich nemen zonder geweld te gebruiken. Als laatste valt op dat bij mannen het emotionele-eenzaamheidseffect bijna tweemaal zo groot is als bij vrouwen. Mogelijk is het voor mannen nog moeilijker om aan iemand te vertellen dat zij mishandeld worden dan voor vrouwen, waardoor zij vaker in een emotioneel isolement terecht komen.

3.5 Conclusies

Ouderenmishandeling lijkt op basis van de Gezondheidsmonitor relatief weinig voor te komen: bij 1 op de 200 ouderen in een periode van vijf jaar (0,5%). Dit cijfer is een stuk lager dan het prevalentiecijfer van 5,6% dat Comijs (1999) voor Nederland vond. Dat verschil komt mogelijk door: 1 het ontbreken van financiële uitbuiting en verwaarlozing als vormen van ouderenmishandeling; 2 het gebrek aan gegevens over ouderenmishandeling

die langer dan vijf jaar geleden plaatsvond; 3 het feit dat de meest kwetsbare ouderen waarschijnlijk ondervertegenwoordigd zijn; 4 het gebruik van de termen 'slachtoffer' en 'huiselijk geweld' in de vraagstelling; 5 het beperkte aantal vragen. Data zonder deze gebreken zouden misschien een hoger prevalentiecijfer opleveren.

In de Gezondheidsmonitor kregen mensen vragen die de termen 'huiselijk geweld', 'slachtoffer' en 'dader' bevatten. In de internationale literatuur bestaat brede consensus dat vragen naar feitelijke gebeurtenissen ('heeft iemand u uitgescholden', 'heeft iemand u geslagen', enz.) betrouwbaarder gegevens oplevert. Op die manier wordt voorkomen dat mensen zichzelf niet herkennen in de nogal beladen termen in de vraagstelling, terwijl zij volgens de definitie wel degelijk slachtoffers van huiselijk geweld zijn. Met zo'n meetinstrument wordt dan ook meestal een hogere prevalentie gevonden. Mogelijk zou dat ook bij de respondenten in onze dataset zo zijn geweest. Het verdient aanbeveling om, bij enquêteonderzoek naar ouderenmishandeling in Nederland, te vragen naar feitelijk meegemaakte gebeurtenissen om tot een betrouwbare schatting van de prevalentie te komen.

De uitkomsten laten zien dat seksueel misbruik zelden alleen voorkomt, maar vrijwel altijd in combinatie met psychisch geweld en/of fysiek geweld. Dit betekent dat, om slachtoffers van seksueel misbruik onder ouderen op te sporen, niet expliciet gevraagd hoeft te worden of iemand seksueel misbruikt is. Door te vragen naar psychologische mishandeling en fysieke mishandeling vang je vrijwel alle slachtoffers van seksueel misbruik.

De multivariate resultaten laten zien dat eenzaamheid en een hoge score op de angststoornis- en depressieschaal tot de belangrijkste risicofactoren voor ouderenmishandeling behoren. Deze bevinding is in lijn met de uitkomsten van andere studies. Wel rijst onmiddellijk de vraag: zijn dit oorzaken of gevolgen? Dat is op basis van deze gegevens niet te zeggen. Ook andere auteurs die ouderenmishandeling onderzoeken met cross-sectionele surveys erkennen dit probleem. Acierno et al. (2010) opperen bovendien dat ouderenmishandeling en risicofactoren ook wederzijds versterkend kunnen werken. Alleen gedetailleerde longitudinale gegevens (kwantitatief of kwalitatief) kunnen hier meer inzicht in geven.

Al met al kunnen we concluderen dat het afleiden van een prevalentiecijfer van ouderenmishandeling uit gegevens over huiselijk geweld zijn beperkingen kent. Vaak is geen onderscheid te maken tussen mishandeling voor en na de leeftijd van 65 jaar en ontbreken bepaalde vormen van mishandeling die specifiek zijn voor ouderen (bv. financiële uitbuiting). Daarnaast zal er vaak sprake zijn van een ondertelling, namelijk wanneer ouderen zich niet in de vraagstelling herkennen. Mogelijk is wel een bepaald deel van de ouderenmishandeling redelijk in beeld te brengen, zoals de mildere gevallen en vormen zoals financiële uitbuiting en verbaal geweld.

De risicofactoren voor ouderenmishandeling die we in dit onderzoek vinden komen overeen met die uit andere studies. De mogelijkheid om verbanden te leggen tussen mishandelde ouderen en hun persoonlijke kenmerken en kenmerken van hun sociale en fysieke omgeving is daarmee het grootste voordeel van onderzoek naar ouderenmishandeling op basis van enquêtes over huiselijk geweld. Daarom zijn enquêtes bruikbaar om risicogroepen voor ouderenmishandeling op te sporen, bij wie vervolgonderzoek gedaan kan worden. De risicogroepen zijn vast te stellen op basis van de hier gevonden achtergrondkenmerken, of met een brede screeningvraag.

Kortom, wanneer enquêtes over huiselijk geweld worden gebruikt om ouderenmishandeling vast te stellen, dan kan dat het beste gedaan worden bij een grote steekproef, middels mondelinge interviews, met een ruim aantal vragen over feitelijk meegemaakt mishandelingsgedrag. Gaat de enquête over huiselijk geweld en niet specifiek over ouderenmishandeling, dan is het belangrijk dat er gevraagd wordt naar de leeftijd waarop men slachtoffer was (zodat mishandeling onder de leeftijd van 65 jaar is uit te sluiten), en dat ook naar verwaarlozing en financiële uitbuiting wordt gevraagd. Wanneer een enquête vooral gebruikt wordt als risicoscreening, dan volstaat een kleiner aantal vragen, maar is het extra van belang dat er diverse achtergrondkenmerken van de respondenten verzameld worden.

Noten

1 Hiertoe is een weegfactor aangemaakt op basis van de kenmerken geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, stedelijkheidsgraad, gemeente, huishoudensgrootte, etniciteit en inkomen.

2 Dit zijn ouderen die fysiek, psychisch en/of sociaal kwetsbaar zijn volgens de *Tilburg Frailty Index* (TFI) (Gobbens et al. 2010). De TFI-score van iedere respondent is berekend op basis van twaalf kenmerken waarop men 0 of 1 kon scoren. Mensen met een totaalscore van 4 of meer zijn aangemerkt als 'kwetsbaar'. De volledige TFI is gebaseerd op vijftien kenmerken, maar omdat er in de Gezondheidsmonitor drie ontbraken is de grenswaarde voor 'kwetsbaar' navenant aangepast, van minstens vijf van de vijftien naar minstens vier van de twaalf. Op deze verkorte schaal is het percentage zelfstandig wonende kwetsbare ouderen iets hoger (29%) dan het landelijk gemiddelde (24% in 2007/2008; Den Draak en Van Campen 2011: 53). Dit hogere percentage komt mogelijk door het gebruik van een verkorte schaal, maar kan ook op een toename van kwetsbare ouderen in de tijd duiden (de data van Den Draak en Van Campen betreffen 2007/2008 en de data uit de Gezondheidsmonitor betreffen 2012). ook op een toename van kwetsbare ouderen in de tijd duiden (de data van Den Draak en Van Campen betreffen 2007/2008 en de data uit de Gezondheidsmonitor betreffen 2012).

3 Zo is er geen samenhang tussen subjectieve gezondheid en huiselijk geweld als er ook rekening wordt gehouden met de aanwezigheid van chronische ziekten.

4 Meldingen bij Steunpunten Huiselijk Geweld

Annemiek Goes m.m.v. Lotte Kronenburg (Movisie)

4.1 Steunpunten Huiselijk Geweld

Steunpunten Huiselijk Geweld (SHG's)[1] behandelen vragen en meldingen over huiselijk geweld, zowel van burgers als van professionals. Veel SHG's hebben van hun gemeenten opdracht gekregen om meer aandacht te geven aan ouderenmishandeling. Deze SHG's richten zich op voorlichting en deskundigheidsbevordering of agendering van het thema ouderenmishandeling bij gemeenten, relevante organisaties en professionals. Ze verzorgen trainingen, cursussen en geven voorlichting aan ouderen en burgers. Doel van dit alles is herkenning van de problematiek en verbetering van de signalering en hulpverlening. Ook zijn regionaal of lokaal netwerken opgericht om samenwerking in de preventie en aanpak van ouderenmishandeling te stimuleren.
Een belangrijke ontwikkeling is de invoering van de Wet meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (zie hoofdstuk 1). De meldcode biedt professionals een stappenplan voor het signaleren, bespreekbaar maken en handelen bij huiselijk geweld en kindermishandeling in huiselijke kring. Een van de stappen is advies vragen aan een SHG. Volgende stap kan melden zijn. Dit kan bij een SHG maar organisaties in zorg en welzijn kunnen ook zelf de bij hen gemelde casuïstiek afhandelen, zonder het SHG hierbij te betrekken.

Jaarlijks verzamelt Movisie, in samenwerking met het Landelijk Platform Bestrijding Ouderenmishandeling (LPBO), gegevens over meldingen van ouderenmishandeling die worden gedaan bij de SHG's, of in een enkele regio bij een ander meldpunt, zoals een meldpunt Zorg en Overlast, een consultatienetwerk of een meldpunt van een centrumgemeente (zie bijlage B, te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport). In het vervolg van dit hoofdstuk spreken we over 'meldpunten'.

We beschrijven de meldingen over 2012, 2013 en de eerste helft van 2014 en zoeken antwoord op de vraag:

Hoeveel meldingen van ouderenmishandeling komen er binnen bij de meldpunten en wat zegt dat over de aard en omvang van de ouderenmishandeling?

4.2 Werkwijze gegevensverzameling

De meldpunten leveren jaarlijks bij Movisie de gegevens over de meldingen aan op basis van hun eigen registraties. Voor dit onderzoek zijn de gegevens over ouderenmishandeling geselecteerd.

4.2.1 Door de meldpunten aangeleverde gegevens

De respons van de meldpunten varieert van jaar tot jaar. Hoewel de meeste jaarlijks gegevens aanleveren, ontbreken er elk jaar wel enkele. Het aantal actieve meldpunten varieert. Zo leverden 28 meldpunten in 2012 en 27 (van de 31) in 2014 gegevens aan. Een overzicht van de SHG's die in 2014 meededen, geordend naar provincie, is te vinden in bijlage B.[2]
De meldpunten hebben één contactpersoon die alle meldingen doorgeeft aan Movisie.[3] Sinds 2012 vermelden zij daarbij de melder, de aard van de mishandeling, leeftijd en sekse van het slachtoffer, de woonsituatie en de relatie slachtoffer-pleger (zie voor het registratieformulier bijlage C, te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport). Uiteraard zijn alle meldingen geanonimiseerd.

4.2.2 Definitie en vormen

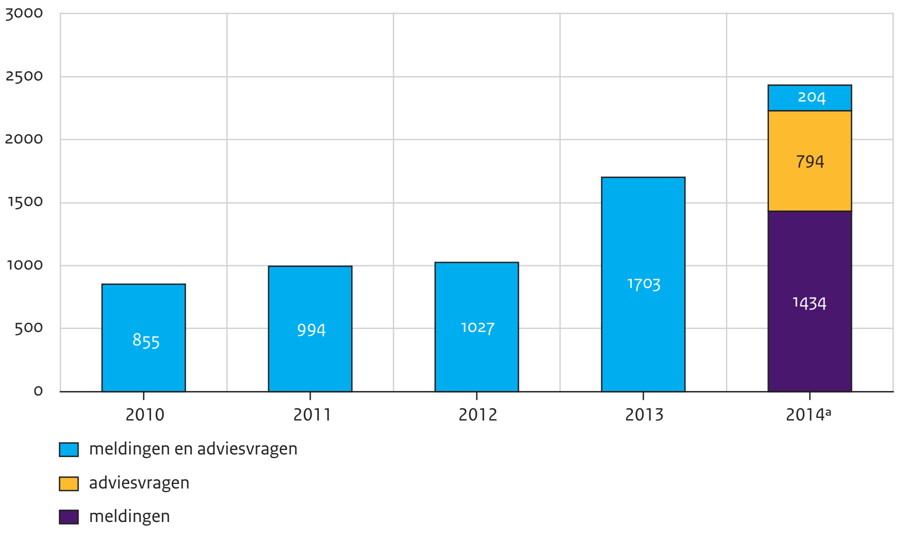
Het LPBO en de aangesloten meldpunten gebruiken dezelfde omschrijving van ouderenmishandeling als het actieplan 'Ouderen in veilige handen' (zie hoofdstuk 1). De meldingen hebben meestal betrekking op ouderenmishandeling in huiselijke kring. Voor ouderenmishandeling binnen professionele zorgrelaties gelden specifieke regels voor melding en onderzoek (zie hoofdstuk 6), waardoor ze nauwelijks bij het SHG binnenkomen.[4]
Wat betreft de aard van ouderenmishandeling worden in de gegevensverzameling alle vijf vormen die in hoofdstuk 1 worden genoemd onderscheiden.

4.3 Aantal meldingen 2010-2014

Movisie verzamelt niet alleen meldingen, maar ook advies- en consultatievragen over ouderenmishandeling. Sinds 2014 maken de meldpunten een duidelijk onderscheid tussen meldingen en adviesvragen; daarvóór was dit onderscheid niet mogelijk.
Van adviesvragen wordt geen dossier opgemaakt met persoonsgegevens en andere kwalitatieve kenmerken. Er is alleen geregistreerd dat de vraag om ouderenmishandeling gaat.[5]
Bij een melding of een adviesaanvraag is het goed om te realiseren dat het ook om vermoedens kan gaan. Meldingen die geregistreerd zijn als ouderenmishandeling, zijn dat ook echt.
In de eerste helft van 2014 (januari t/m juni) werden er bij de meldpunten 717 meldingen en 397 adviesaanvragen binnen, samen 1114 registraties.[6] Voor een goede vergelijking met eerdere jaren schatten we de missende registraties bij. We veronderstellen dat er in de tweede helft van 2014 evenveel meldingen en adviesvragen binnenkomen als in de eerste helft.[7] Dat komt neer op 1434 meldingen en 794 adviesvragen, samen 2228 registraties. Als we ervan uitgaan dat de meldpunten die ontbreken (vier van de huidige 31) in 2014 hetzelfde aantal meldingen registreren als in 2013, komen we uit op 2228 + 204= 2432 meldingen en adviesvragen in heel 2014.[8] In 2013 waren dat er in totaal 1703.[9] Het aantal

cases lijkt dus te stijgen, een trend die al sinds 2010, het jaar waarin de meldpunten ouderenmishandeling gingen registreren, waarneembaar is (figuur 4.1). In 2010 ging het nog om 855 meldingen en adviesaanvragen.

Figuur 4.1
Meldingen en adviesaanvragen van ouderenmishandeling bij de meldpunten, 2010-2014 (in aantallen)



a Schatting op basis van cijfers in de eerste helft van 2014 van 27 van de 31 meldpunten.

Bron: 2010-2013: Movisie (2014); 2014: aanvullende gegevens van Movisie

De stijging in de meldingen heeft mogelijk te maken met het effect van de landelijke publiekscampagne 'Een veilig thuis. Daar maak je je toch sterk voor', die in radio- en tv-spotjes opriep tot melding van mishandeling. Daarnaast was er veel andere publiciteit, zoals artikelen over ouderenmishandeling in huis-aan-huisbladen. Ook het groeiend aantal aandachtsfunctionarissen kan een rol hebben gespeeld. Deze hebben in veel organisaties het onderwerp geagendeerd en bevorderd dat het probleem wordt herkend, ook door andere beroepsgroepen in zorg en welzijn. Tot slot heeft de invoering van de Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling geleid tot training van zeer veel professionals.

4.4 Melders

Melders zijn degenen die contact opnamen met het meldpunt. In het eerste contact wordt duidelijk of het over ouderenmishandeling gaat. Het aantal meldingen van professionals,

zoals politie, huisartsen, wijkverpleegkundigen en medewerkers van welzijn of zorginstellingen, is hoog (tabel 4.1). Landelijk is afgesproken dat de politie meldingen van huiselijk geweld doorstuurt naar het SHG.
Slachtoffers en familie melden ongeveer even vaak. Nog niet veel burgers weten de weg naar het SHG te vinden, zo blijkt uit het relatief lage meldingen van slachtoffers en familieleden. Mogelijk wenden zij zich eerst tot een professional met wie ze al contact hebben. Uit een onderzoek naar huiselijk geweld in Nederland bleek dat een aantal jaar geleden slechts 1% van het publiek het SHG kent (Van der Veen en Bogaerts 2010).
Vergelijken we de cijfers door de tijd (zie ook tabel D4.1 in bijlage D, te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport), dan is er geen duidelijke tendens te zien in de melders.

Tabel 4.1
Melders van ouderenmishandeling bij meldpunten, 2012-2014 (in procenten en aantallen)

	2012	2013	2014 (half jaar)
professional	50	40	52
slachtoffer zelf	12	11	12
familie	10	13	8
buren/kennissen[a]	-	-	1
onbekend	28	36	27
(n)	1027	1703	717

a Pas sinds 2014 een aparte categorie.

Bron: Movisie

4.5 Type mishandeling

Psychische mishandeling, lichamelijke mishandeling en financieel misbruik zijn het meest gemeld; verwaarlozing en seksueel misbruik het minst (tabel 4.2). Bij een groot aantal meldingen gaat het om meerdere vormen van mishandeling. Dit beeld is over de jaren redelijk constant.
Van veel cases is onbekend welke vormen van ouderenmishandeling zich voordoen, doordat sommige SHG's dat niet registreren. Het kan ook zijn dat de vorm van mishandeling niet in een van de antwoordcategorieën past.

Tabel 4.2

Meldingen naar type mishandeling, 2012-2014 (in procenten en aantallen)[a]

	2012	2013	2014 (half jaar)
psychische mishandeling[b]	50	48	58
lichamelijke mishandeling	40	26	36
financieel misbruik	28	27	30
verwaarlozing	7	6	10
seksueel misbruik	3	1	2
schending mensenrechten[b]	11	-	-
onbekend	6	31	21
totaal aantal meldingen	1027	1703	717
idem, aard bekend	968	1179	567

a Per melding kan sprake zijn van meerdere vormen van mishandeling; daardoor tellen de cijfers niet op tot 100%.

b Psychische mishandeling wordt vanaf 2013 geregistreerd inclusief schending van mensenrechten.

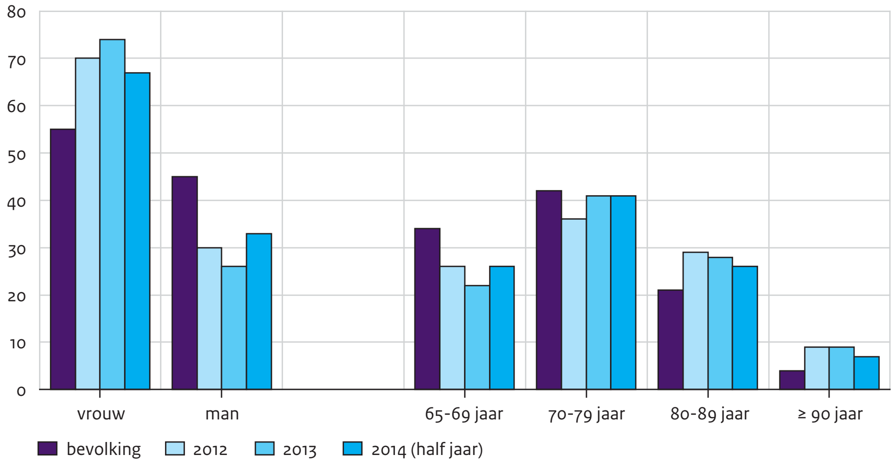
Bron: Movisie

4.6 Kenmerken van de slachtoffers

Vrouwen zijn vaker slachtoffer van huiselijk geweld dan mannen. Dat is bij ouderenmishandeling niet anders (figuur 4.2). Dat kan te maken hebben met de oververtegenwoordiging van vrouwen onder de oudere bevolking, omdat vrouwen gemiddeld ouder worden dan mannen.[10]
De meeste meldingen betreffen mensen in de leeftijdsgroep 70-79 jaar. Absoluut gezien zijn er minder slachtoffers in de oudere leeftijdsgroepen, maar aangezien die kleiner in omvang zijn, gaat het om relatief meer slachtoffers. Hoe ouder, hoe kwetsbaarder, hoe zorgafhankelijker, hoe groter het risico om slachtoffer te worden van ouderenmishandeling.

Van de slachtoffers woont iets meer dan de helft samen (met een partner of iemand anders), 40% alleen en 7% in een instelling (niet in tabel). Dit verschilt weinig over de jaren 2012, 2013 en 2014.

Figuur 4.2
Slachtoffers van ouderenmishandeling bij meldpunten, naar leeftijd en geslacht, 2012-2014 (in procenten)



Bron: Movisie (bevolking: CBS StatLine)

4.7 Relatie slachtoffer-pleger

Volwassen kinderen en partners zijn in 2012-2014 veruit de grootste groepen plegers van ouderenmishandeling (tabel 4.3). Dat is niet verwonderlijk gezien het feit dat bij de meldpunten vooral ouderenmishandeling in huiselijke kring in beeld komt. Of deze personen ook mantelzorg geven, is niet geregistreerd. Wat opvalt is het hoge aandeel 'overige familie' in 2012; 31% van de plegers. Dat komt waarschijnlijk doordat een aantal meldpunten in 2012 daar ook de categorie (klein)kind en partner onder schaarden. Vrijwilligers zijn zelden genoemd als pleger.

Tabel 4.3
Relatie slachtoffer-pleger bij meldingen van ouderenmishandeling, 2012-2014 (in procenten)[a]

	2012	2013	2014 (half jaar)
(klein)kind	46	52	61
partner	32	33	32
overig familielid	31	7	5
kennissen/buren	8	8	6
professional	1	2	0,2
vrijwilliger	0,2	0,2	0,4
totaal aantal meldingen	1027	1703	717
idem, relatie bekend	927	1143	556

a Per melding kan sprake zijn van meerdere daders; daardoor tellen de cijfers niet op tot 100%.

Bron: Movisie

Er is een aantal verklaringen mogelijk voor het feit dat partners en kinderen vaak als pleger naar voren komen in de meldingen. Een groot deel van de slachtoffers woont thuis met een partner of een volwassen zoon of dochter. Gezinsleden die een huishouden delen zien elkaar intensief. De zorg voor bijvoorbeeld een dementerende oudere die telkens dezelfde vragen stelt kan dan erg belastend zijn. De lichamelijke en psychische achteruitgang kan maken dat partners elkaar verwaarlozen, dat de mantelzorg teveel van het goede is of dat er compassiemoeheid optreedt, hetgeen uiteindelijk kan uitmonden in mishandeling.
Een van de oorzaken van ouderenmishandeling is een geschiedenis van geweld in het gezin of de relatie. Zo bleek uit het onderzoek van Comijs et al. (1996) dat ongeveer 20% van de slachtoffers van ouderenmishandeling ook voor de leeftijd van 65 jaar werd mishandeld. Verhoudingen kunnen in de loop der jaren zijn verslechterd. Ook kan de familiegeschiedenis meespelen. Zo kan er sprake zijn van niet opgeloste slepende conflicten of van wraak. Wat de kinderen of de partner vroeger is aangedaan, wordt betaald gezet.

4.8 Conclusies

De registraties van ouderenmishandeling bij de meldpunten over de jaren 2012, 2013 en 2014 vertonen een stijgende trend. Dat hoeft niet te betekenen dat ouderenmishandeling toeneemt; het betekent slechts een toename van meldingen, mogelijk door zaken als publiekscampagnes en de invoering van een meldcode.
De meldingen zeggen weinig over het werkelijke aantal ouderen dat mishandeld is. Waarschijnlijk doet zich een onderschatting voor. Mogelijk onthullen ouderen niet wat hen

overkomt uit angst, schaamte of schuldgevoelens, of omdat ze niet weten bij wie ze moeten zijn, of omdat ze te zeer afhankelijk zijn van de pleger.
Bij andere organisaties en beroepsbeoefenaren kunnen gevallen van ouderenmishandeling bekend zijn, die niet bij het SHG komen. Ze handelen deze cases zelf af of, als de pleger een professionele hulpverlener is, melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (zie hoofdstuk 6). Ook meldingen bij de politie worden niet altijd als zodanig bij de SHG's geregistreerd, doordat de politie bij huiselijk geweld wel de leeftijd van het slachtoffer registreert, maar niet om welke vorm van mishandeling het gaat. Financieel misbruik wordt bovendien door de politie niet als een vorm van huiselijk geweld beschouwd, maar als een vermogensdelict en wordt daarom ook niet doorgegeven aan de SHG's.
Professionals in de zorg vormen (na de politie) de grootste groep melders. Als professionals door de Wet meldcode zelf zaken gaan afhandelen, zou dat kunnen veranderen. Tot nu toe is echter geen daling te zien.

De drie meest gemelde vormen van ouderenmishandeling zijn psychische en lichamelijke mishandeling en financieel misbruik. Psychische en lichamelijke mishandeling komen bij andere vormen van huiselijk geweld ook het meeste voor. Financieel misbruik lijkt zich echter bij ouderen meer voor te doen. Een pensioen of eigen vermogen zijn mogelijk een risicofactor voor ouderen. Seksueel misbruik van ouderen wordt nauwelijks gemeld.

De eigen kinderen en de partners staan op de eerste plaats als plegers, waarschijnlijk doordat zij de meest intensieve contacten met de ouderen hebben.

Door specifieke registratie van ouderenmishandeling krijgen we meer zicht op de omvang en de aard, wat kan leiden tot betere bestrijding. De SHG's en andere meldpunten gebruiken tot op heden verschillende manieren om te registreren. Dit komt door een verschil in informatiebehoeften van organisaties en gemeenten. Voor betere landelijke gegevensverzameling en voor prevalentieonderzoek is het noodzakelijk dat structureel en uniform gegevens worden verzameld.

Noten

1. SHG's zijn vanaf 1 januari 2015 met AMK's (Advies- en Meldpunt Kindermishandeling) samengevoegd tot 26 Veilig Thuis (Advies- en Meldpunten Huiselijk geweld en Kindermishandeling).
2. Van het SHG of regio Noord- en Midden Limburg zijn nooit gegevens ontvangen. Het SHG Zeeland leverde voor het eerst in 2014 cijfers aan (over de eerste helft van 2014; het betrof toen 20 meldingen).
3. Deze contactpersonen zijn werkzaam als projectmanager of aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling bij een SHG of bij organisaties in welzijn en (ouderen)zorg, Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdiensten (GGD's) of gemeenten.

4 Het betreft de Kwaliteitswet zorginstellingen. Incidenten, calamiteiten en seksueel misbruik moeten instellingen melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De Kwaliteitswet wordt binnenkort vervangen door de Wet kwaliteit klachten en geschillen (Wkkg).

5 Meldingen en adviesaanvragen kunnen overlappen als een adviesvraag aanleiding geeft tot een melding over te gaan. Het is niet bekend hoe de SHG's hiermee omgaan. Dit betekent dat de cijfers van 2014 een overschatting kunnen zijn.

6 Dit gebeurde bij 27 van de huidige 31 SHG's. Door verschillende oorzaken waren in een aantal regio's de SHG's niet in staat om de (volledige) gegevens tijdig te leveren. De gegevens over de tweede helft van 2014 komen pas in juni 2015 beschikbaar en kunnen daardoor niet worden meegenomen in deze publicatie.

7 Er kan sprake zijn van seizoensinvloeden, maar omdat voor 2014 de datum van de melding niet bekend is, kunnen we niet nagaan hoeveel meldingen toen in de eerste of tweede helft van het jaar binnenkwamen.

8 We houden hierbij geen rekening met de stijging in het aantal meldingen bij de overige SHG's en die waarschijnlijk ook voor deze ontbrekende SHG's geldt. De cijfers vormen daarom waarschijnlijk een onderschatting.

9 In 2013 en eerder werd het onderscheid tussen adviesvragen en meldingen niet gemaakt. Sinds de Wet meldcode (juli 2013) gebeurt dit wel.

10 Volgens het CBS is het aandeel vrouwen in de oudere bevolking 55%. Het verschil in aandeel is onder de 90-plussers nog groter: 75% vrouw versus 25% man.

5 Analyse van de Barometer Ouderenmishandeling

Marjan de Gruijter en Marian van der Klein (Verwey-Jonker Instituut)

5.1 Online enquête

'Over hoeveel ouderen hebben we het nu eigenlijk?,' vroeg een ambtenaar in een gesprek over de bestrijding van ouderenmishandeling. En het simpele antwoord was: 'Dat weten we eigenlijk niet goed.'

Volgens Comijs et al. 1996 (zie hoofdstuk 1) zou 5,6% van de ouderen jaarlijks slachtoffer zijn van mishandeling. Twintig jaar na dat onderzoek is niet alleen de vraag of het genoemde percentage nog klopt, ook hebben gemeenten en (veiligheids)regio's behoefte aan recente en *lokale* data (De Gruijter en Verwijs 2010). Professionals én vrijwilligers zouden dan beter kunnen inspelen op behoeften van ouderen en hun naasten, zodat ouderenmishandeling kan worden voorkómen of gestopt (Van der Klein en Verwijs 2012).

Om aan dat soort data te komen, ontwikkelden we in 2012 een digitale enquête voor professionals en vrijwilligers in zorg en welzijn over ouderenmishandeling.[1] Deze Barometer Ouderenmishandeling toont hoe vaak professionals en vrijwilligers in een gemeente of regio ouderenmishandeling signaleren en hoe het is gesteld met hun bewustzijn van deze problematiek. Het is onze overtuiging dat ook vrijwilligers informatie over ouderenmishandeling kunnen leveren en dat zij belangrijk zijn voor preventie (Van der Klein en Stavenuiter 2013). De Barometer is onder meer tweemaal uitgevoerd in de veiligheidsregio Gelderland-Zuid (2013 en 2014). Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van deze twee metingen.

5.2 Inhoud en scope van de Barometer Ouderenmishandeling

De enquête waarmee de Barometer inventariseert hoe vaak ouderenmishandeling wordt opgemerkt, bestaat uit een aantal onderdelen. In het eerste deel vragen we onder andere naar ervaringen met ouderenmishandeling. Het gaat om ouderen in instellingen, maar ook om thuiswonende ouderen en zowel om geweld door professionals als door familie of naasten. Zo vragen we aan te geven met welke vormen van ouderenmishandeling iemand in het afgelopen jaar te maken heeft gehad. De antwoordcategorieën corresponderen met de veelgebruikte indeling in het actieplan 'Ouderen in veilige handen', te weten psychisch, fysiek, verwaarlozing, financieel en seksueel. Elke vorm wordt kort toegelicht. We vragen zowel naar *vermoedens* van ouderenmishandeling als naar *vastgestelde* gevallen. Ook vragen we naar de relatie tussen slachtoffer en pleger en de intentie van de pleger: was volgens de respondent sprake van opzettelijke mishandeling of ontspoorde

(mantel)zorg? Tot slot vragen we of en waar de respondent melding heeft gedaan. In het tweede deel vragen we of mensen weten wat ze moeten doen bij vermoedens van ouderenmishandeling, hoe daar in de eigen organisatie mee wordt omgegaan en welke verbeterpunten ze zien voor de aanpak in de eigen organisatie en in de gemeente of regio. We beschrijven de ervaringen van respondenten met ouderenmishandeling. Hun opmerkingen over verbeterpunten van de (lokale) aanpak laten we hier buiten beschouwing.[2]

5.3 Ouderen in veilige handen Gelderland-Zuid

Eind 2013 is de GGD Gelderland-Zuid gestart met het project 'Ouderen in veilige handen Gelderland-Zuid', over de aanpak van ouderenmishandeling in de regio. De GGD voert het project uit in samenwerking met onder andere zorg- en welzijnsorganisaties, Moviera[3], het Meldpunt Bijzondere Zorg, vrijwilligersorganisaties en de gemeenten. Om een gezamenlijke aanpak te verstevigen, wordt de Barometer Ouderenmishandeling ingezet. Het idee is om in drie metingen (voorafgaand, tijdens en na de projectperiode) in kaart te brengen hoeveel professionals en vrijwilligers in de thuiszorg, de intramurale ouderenzorg en de lokale ondersteuning van ouderen te maken krijgen met (vermoedens van) ouderenmishandeling én welke ondersteuningsbehoeften in de regio bestaan.[4]
In december 2013 en januari 2014 is de eerste meting uitgezet. Een projectmedeweker van de GGD Gelderland-Zuid heeft daarvoor e-mailadressen verzameld van 1505 professionals en vrijwilligers in zorg- en welzijnsinstellingen. Daarnaast is aan sleutelfiguren binnen organisaties gevraagd de oproep tot het invullen van de enquête intern door te sturen. In totaal deden 843 personen mee. Doordat niet duidelijk is hoeveel mensen deze oproep hebben ontvangen, is het precieze responspercentage niet vast te stellen.
In de maanden oktober en november van 2014 is de vragenlijst voor de tweede keer uitgestuurd. Voor deze meting konden we beschikken over een groter bestand van e-mailadressen, doordat de GGD Gelderland-Zuid het aanvankelijke bestand gaandeweg had uitgebreid. We schreven 2956 professionals en vrijwilligers aan: de 1505 personen uit de eerste meting, aangevuld met nieuwe. Net als in de eerste meting is aan sleutelfiguren binnen organisaties gevraagd de oproep tot het invullen van de enquête intern door te sturen. In de tweede meting hebben 322 personen de vragenlijst ingevuld. De meerderheid (75%) vulde de Barometer voor het eerst in.

Voor zowel de eerste als de tweede meting geldt dat de meeste respondenten betaald werk verrichten in zorg of welzijn aan ouderen (resp. 79% en 85%). De overige respondenten zetten zich op vrijwillige basis in. Bijna alle respondenten (ruim 90%) komen in hun werkzaamheden zelf direct in contact met ouderen.

Tabel 5.1
Respondenten Barometer Ouderenmishandeling, naar type, eerste en tweede meting, 2013-2014 (in procenten)

	eerste meting (n = 843)	tweede meting (n = 322)
thuiszorg	61	44
intramurale ouderenzorg	22	26
welzijn/mantelzorg/vrijwilligers	8	11
ouderenbonden	7	8
overig, w.o. gezondheidscentra	2	10
totaal	100	99

Bron: Verwey-Jonker Instituut (Barometer Ouderenmishandeling Gelderland-Zuid 2013-2014)

Tabel 5.1 toont dat bij de eerste meting bijna twee derde van de invullers afkomstig was uit de thuiszorg (61%). Bij de tweede meting was dit minder dan de helft (44%). Het aandeel vanuit de intramurale ouderenzorg is ongeveer gelijk gebleven. Bij de tweede meting was vooral het aandeel 'overige' invullers groter.[5]

5.4 Ervaringen met ouderenmishandeling

We beschrijven hoe vaak de hulpverleners en ondersteuners te maken hebben gehad met vermoedelijke en vastgestelde gevallen van ouderenmishandeling. Het gaat steeds om de interpretatie van de respondent. Bij een vermoedelijk geval heeft de respondent niet kunnen vaststellen dat het daadwerkelijk om ouderenmishandeling ging en is deze bevestiging ook in de omgeving van de oudere uitgebleven. Het is, kortom, bij een vermoeden gebleven. 'Vastgesteld' betekent dat de respondent zeker weet dat het om ouderenmishandeling gaat, en/of dat dit in de omgeving van de oudere ook is geconstateerd. Het is mogelijk dat meerdere invullers rapporteren over eenzelfde casus.

Tabel 5.2 laat zien dat bij de eerste meting ruim een derde (37%) het afgelopen jaar in aanraking kwam met (vermoedelijke) ouderenmishandeling; bij de tweede meting was dat de helft (49%). Kortom, in de tweede meting was het aandeel hulpverleners/ondersteuners dat geen ervaring had met ouderenmishandeling in het afgelopen jaar flink lager. Het aandeel *vermoedelijke* gevallen nam toe van een kwart (25%) tot ongeveer een derde (31%). Ook het aandeel *vastgestelde* gevallen was groter, te weten 18% versus 12% in de eerste meting. Uit de cijfers is niet af te leiden of dit betekent dat hulpverleners meer met ouderenmishandeling te maken kregen, dat zij het vaker opmerkten of dat er bij de tweede meting vooral respondenten meededen die met ouderenmishandeling te maken hadden.

Tabel 5.2

Respondenten die zeggen in het afgelopen jaar in het (vrijwilligers)werk te maken te hebben gehad met ouderenmishandeling, eerste en tweede meting, 2013-2014 (in procenten)

	eerste meting (n = 843)	tweede meting (n = 322)
nee	64	51
mogelijk	25	31
ja	12	18
totaal	101	100

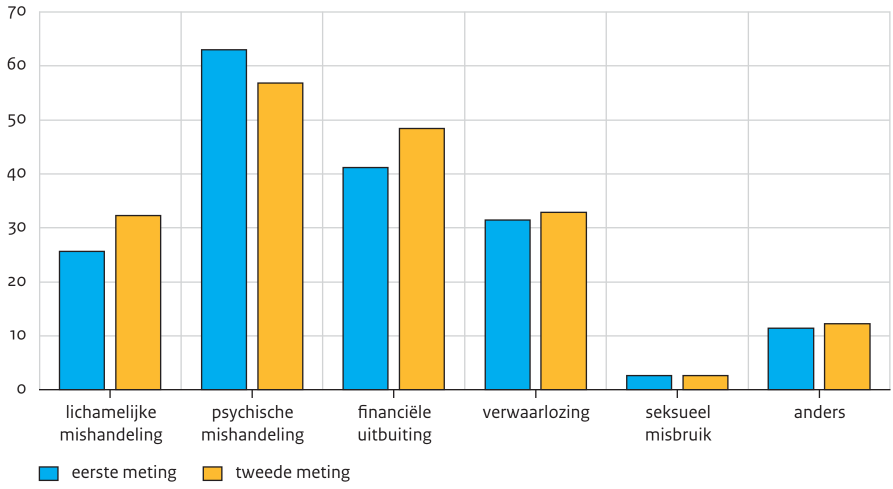
Bron: Verwey-Jonker Instituut (Barometer Ouderenmishandeling Gelderland-Zuid 2013-2014)

Aan de respondenten die aangaven in aanraking te zijn gekomen met vermoedelijke gevallen van ouderenmishandeling is gevraagd naar het *aantal* gevallen (niet in tabel). In zowel de eerste als de tweede meting was dat bij de meesten een enkele keer (0-5). Slechts enkelen noemen grotere aantallen (10-20). Eenzelfde beeld zien we bij het aantal vastgestelde gevallen: de meesten noemen aantallen van 0-5 waar zeker sprake was van ouderenmishandeling en in beide metingen noemt een enkeling 10-15 gevallen.

5.5 Aard van de mishandeling

We hebben ook gevraagd naar de aard van de mishandeling (figuur 5.1). Men noemt vaak meer dan één vorm. In de eerste meting stellen respondenten vooral psychische mishandeling tegen te komen, in bijna twee derde (63%) van de gevallen. Vier op de tien signaleert financiële uitbuiting (41%) en drie op de tien verwaarlozing (31%). Een kwart rapporteert lichamelijke mishandeling (26%). Bij de tweede meting is het aandeel psychische mishandeling (iets) lager (57%), terwijl het aandeel financiële uitbuiting (48%) en lichamelijke mishandeling (32%) juist iets hoger is.

Figuur 5.1
Vormen van ouderenmishandeling waarmee respondent in het afgelopen jaar te maken heeft gehad, eerste en tweede meting, 2013-2014 (in procenten; n = 308; n = 155)



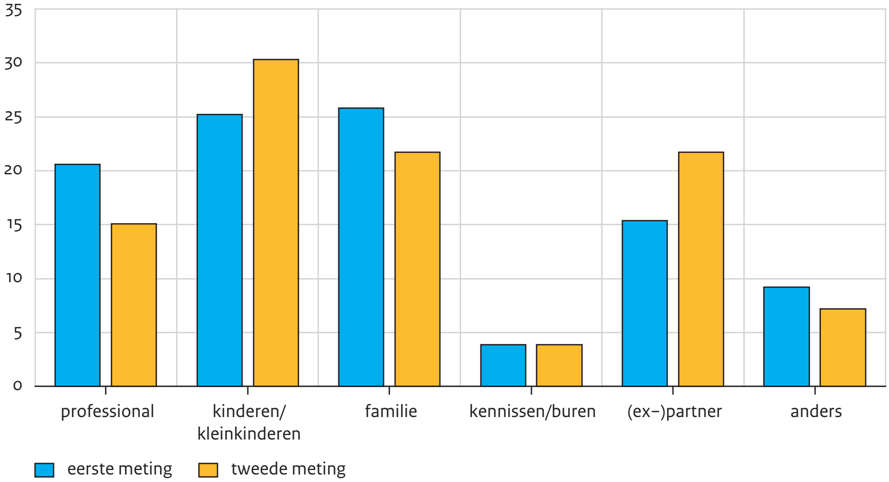
Bron: Verwey-Jonker Instituut (Barometer Ouderenmishandeling Gelderland-Zuid 2013-2014)

We vroegen aan de respondenten met ervaring met ouderenmishandeling ook naar de relatie tussen pleger en slachtoffer (figuur 5.2). Plegers kunnen afkomstig zijn uit de huiselijke kring, maar ook uit professionele ondersteuning. Professionals zijn echter ook respondenten. Het is onwaarschijnlijk, maar niet onmogelijk, dat professionals over zichzelf rapporteren als pleger.

In beide metingen wordt volgens de respondenten het overgrote deel van de mishandeling gepleegd door informele helpers. Mishandeling door (klein)kinderen en andere familieleden komt in zowel de eerste als tweede meting het vaakst voor. Het aandeel dat een professional noemt als pleger is in de tweede meting kleiner dan in de eerste meting (resp. 15% en 21%), terwijl het aandeel dat de (ex-)partner aanwijst juist in de tweede meting groter is (van resp. 15% naar 22%).

Figuur 5.2

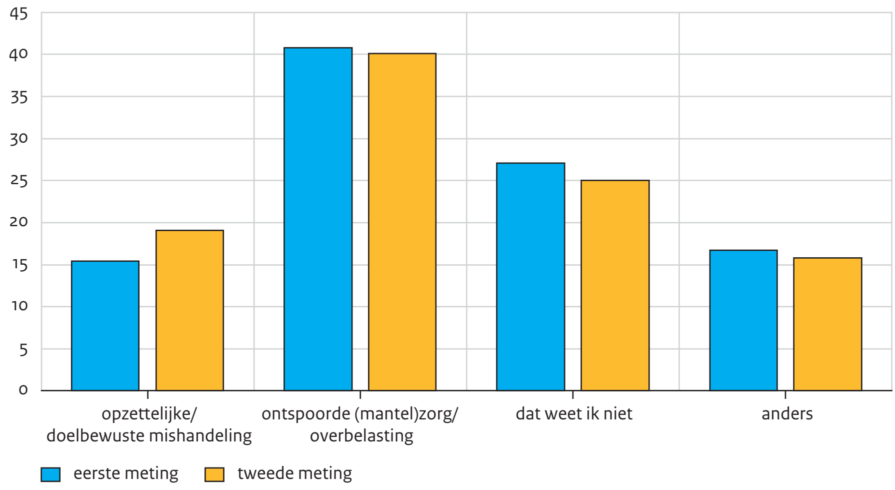
Relatie tussen pleger en slachtoffer bij gevallen van (vermoedelijke) ouderenmishandeling waarmee respondent in het afgelopen jaar te maken heeft gehad, eerste en tweede meting, 2013-2014 (in procenten; n = 306; n = 152)



Bron: Verwey-Jonker Instituut (Barometer Ouderenmishandeling Gelderland-Zuid 2013-2014)

In vier van de tien gevallen (zie figuur 5.3) is volgens de invuller sprake van ontspoorde mantelzorg of overbelasting van de pleger, zowel in de eerste als in de tweede meting. In beide metingen weet een kwart van de invullers niet wat de intentie van de pleger was (resp. 27% en 25%). Het aantal dat opzettelijk/doelbewust geweld noemt was in de tweede meting iets hoger (19% in plaats van 15%). Grofweg een op de zes (in de eerste meting 17%, in de tweede meting 16%) noemt andere intenties, zoals machtsmisbruik, niet adequaat of onhandig handelen door verzorgend personeel of financieel gewin.[6]

Figuur 5.3
Intentie van de pleger bij gevallen van (vermoedelijke) ouderenmishandeling waarmee respondent in het afgelopen jaar te maken heeft gehad, eerste en tweede meting, 2013-2014 (in procenten; n = 306; n = 152)



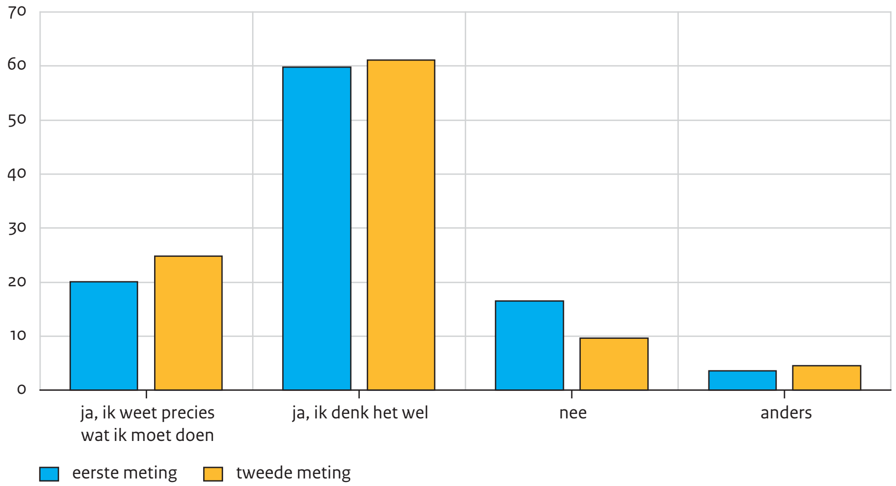
Bron: Verwey-Jonker Instituut (Barometer Ouderenmishandeling Gelderland-Zuid 2013-2014)

5.6 Signaleren en melden

Weet men wat men kan en moet doen bij (een vermoeden van) ouderenmishandeling? Ook bij deze antwoorden (zie figuur 5.4) draait het om het perspectief van de invullers, dus om hun eigen inschatting van hun kennis en vaardigheden. In de tweede meting is het aandeel mensen dat *precies* weet wat men moet doet iets groter dan in de eerste (25% in plaats van 20%). Tegelijkertijd is het aandeel mensen dat *ongeveer* weet wat men moet doen bijna gelijk gebleven (van 60% naar 61%). Het aandeel mensen dat zegt *niet* te weten wat men moet is kleiner (10% in plaats van 17%). In beide metingen zijn het vooral professionals en vrijwilligers van welzijnsorganisaties en mantelzorgers/vrijwilligers die zeggen precies te weten wat zij moeten doen bij signalen van ouderenmishandeling. Medewerkers van de thuiszorg en de intramurale zorg zeggen vaker dat zij niet (precies) weten hoe te handelen.

Figuur 5.4

Weten wat te doen bij signalen van ouderenmishandeling, eerste en tweede meting, 2013-2014 (in procenten; n = 826; n = 311)



Bron: Verwey-Jonker Instituut (Barometer Ouderenmishandeling Gelderland-Zuid 2013-2014)

Ruim een op de tien respondenten geeft in de eerste meting aan (een vermoeden van) ouderenmishandeling te hebben gemeld *binnen de eigen* organisatie (tabel 5.3). In de tweede meting is dat aandeel iets groter (14,3% in plaats van 11,6%).[7] Het kan hier ook gaan om het melden van signalen van anderen/collega's. In beide metingen gaat het meestal om 1-5 interne meldingen in het afgelopen jaar (niet in tabel).

Tabel 5.3

Melding van (vermoeden van) ouderenmishandeling *binnen de eigen* organisatie, eerste en tweede meting, 2013-2014 (in procenten)

	eerste meting (n = 814)	tweede meting (n = 315)
nee	88	85
ja	12	14
totaal	100	100

Bron: Verwey-Jonker Instituut (Barometer Ouderenmishandeling Gelderland-Zuid 2013-2014)

Het aandeel respondenten dat een melding deed *buiten de eigen* organisatie is in de tweede meting groter dan in de eerste: 8,4% versus 4,6% (tabel 5.4). Ook hier betreft het vooral 1-5 meldingen in het afgelopen jaar. Niet in alle gevallen hebben zij aangegeven waar zij de signalen hebben gemeld. In zowel de eerste als de tweede meting wordt de huisarts het vaakst genoemd. Het aandeel melders dat zich wendt tot het Steunpunt Huiselijk Geweld is in de tweede meting iets groter. Het gaat echter om heel kleine aantallen.

Tabel 5.4
Melding van (vermoeden van) ouderenmishandeling *buiten de eigen* organisatie, eerste en tweede meting, 2013-2014 (in procenten)

	eerste meting (n = 814)	tweede meting (n = 315)
nee	94	90
ja	5	8
weet niet	1	2
totaal	100	100

Bron: Verwey-Jonker Instituut (Barometer Ouderenmishandeling Gelderland-Zuid 2013-2014)

5.7 Bekendheid met de meldcode

Het aandeel respondenten, werkzaam in organisaties die een stappenplan, een route of de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling hanteren is in de tweede meting (33%) hoger dan in de eerste (21%). Het aandeel dat werkt in een organisatie zonder een dergelijk plan was kleiner bij de tweede meting (26% in plaats van 38%), terwijl het aandeel dat niet weet of in de eigen organisatie wordt gewerkt met een stappenplan gelijk was (33%). Medewerkers van welzijnsorganisaties en van (organisaties van) mantelzorgers en vrijwilligers zeggen vaker dat zij werken met een bepaald stappenplan; vooral thuiszorgmedewerkers lijken hiervan minder op de hoogte.
Tot slot vroegen we naar de bekendheid met de meldcode. De bekendheid met de inhoud was in de tweede meting hoger (43%) dan in de eerste meting (30%). Het aandeel dat de meldcode alleen van naam kent, was in de eerste meting iets groter (51% resp. 45%). Het aandeel dat helemaal onbekend is met de meldcode is in de eerste meting 20% en in de tweede meting 10%. Vooral werknemers in de intramurale sector zijn goed op de hoogte van de meldcode.[8]

5.8 Conclusies

Wat betekenen de uitkomsten van de twee metingen van de Barometer Ouderenmishandeling? Wat voegen de resultaten toe aan wat we al weten uit eerder onderzoek? Wat vertellen ze ons over de prevalentie van ouderenmishandeling in de regio?

Allereerst, we krijgen een beeld van of, en zo ja hoe (vaak), professionals en vrijwilligers in een regio te maken krijgen met (vermoedelijke) ouderenmishandeling. In de eerste meting kwam 40% in aanraking met (vermoedelijke) ouderenmishandeling; een jaar later was dit 50%. Deze percentages zijn veel hoger dan op basis van de meldingen bij Steunpunten Huiselijk Geweld en de politie kan worden verwacht. Registratiegegevens laten dan ook alleen het topje van de ijsberg zien (Plaisier en De Klerk 2014).
In de Barometer worden invullers uitgenodigd hun ervaringen met ouderenmishandeling anoniem te vermelden, ook als het gaat om een vermoeden. De drempel om eigen ervaringen te melden is laag: we vragen niet om aan te tonen of te beargumenteren waarom sprake zou zijn van geweld. Ook vragen we niet naar achtergrondkenmerken van de oudere. Zo vermijden we dat mensen ouderenmishandeling niet durven te benoemen, omdat ze niet zeker weten of hiervan – volgens objectieve criteria – sprake is. De consequentie is dan natuurlijk ook dat invullers wellicht te snel iets als ouderenmishandeling bestempelen. Al met al: de uitkomsten van de Barometer laten helder zien dat ouderenmishandeling een fenomeen is waar een groot deel van professionals en vrijwilligers mee te maken krijgt.
De resultaten van de Barometer wijken op dit punt niet veel af van die van een landelijke enquête onder verpleeghuisartsen. Daarin antwoordde ruim 40% gevallen van ouderenmishandeling te kennen (Bardelmeijer 2004; Bardelmeijer en Schols 2008).

De Barometer is niet geschikt om harde uitspraken te doen over de prevalentie van ouderenmishandeling in een gemeente of regio. Hij is immers ontwikkeld met een ander doel, namelijk gegevens verzamelen voor een aanpak in een gemeente of regio.[9]

Bij zowel de Barometer als de enquête onder verpleeghuisartsen valt de kanttekening te plaatsen dat ze waarschijnlijk vaker worden ingevuld door mensen die reeds bekend zijn met het fenomeen ouderenmishandeling. Mensen die er nog niet bekend mee zijn, kunnen onterecht concluderen dat een enquête over dit onderwerp niet voor hen bedoeld is, terwijl de 'ervaren' mensen extra gemotiveerd kunnen zijn om mee te doen. Vermoedelijk toont de Barometer dan ook een groter aandeel mensen met signalen van ouderenmishandeling dan de regio in het algemeen. Aan de andere kant: de betrekkelijke onbekendheid van het fenomeen bij zowel professionals en vrijwilligers als het algemene publiek kan leiden tot een te lage rapportage van gevallen. Immers, wat men niet (her)kent, kan men ook niet signaleren. Dit is overigens een beperking in alle onderzoeken naar of meetinstrumenten voor de prevalentie van ouderenmishandeling. Het signaleren gaat samen met de ontwikkeling van bewustzijn van dit probleem: *Je ziet het pas als je het gelooft*, zoals de titel luidt van het onderzoek van Van Heerwaarden en Schaafsma (2008). Kortom, hoe meer professionals en vrijwilligers zich bewust zijn van het fenomeen, hoe accurater een instrument als de Barometer zal worden ingevuld.
Een tweede kanttekening is dat professionals en vrijwilligers die zelf pleger zijn van ouderenmishandeling dit waarschijnlijk niet zullen rapporteren. Ook bestaat het risico dat collega's elkaar de hand boven het hoofd houden en daardoor onderrapporteren.

Een volgende kanttekening kwam al even aan de orde: in de Barometer worden hulpverleners/ondersteuners niet systematisch bevraagd over individuele (vermoedelijke) gevallen van ouderenmishandeling, maar vertellen zij over hun eigen ervaringen. Meerdere respondenten kunnen rapporteren over één enkel geval en er is geen dwingend referentiekader: invullers bepalen zelf of ze een signaal of ervaring 'labellen' als (vermoedelijke) ouderenmishandeling.
Tot slot, de Barometer geeft geen zicht op achtergrondkenmerken van de oudere.

Niettemin denken we dat de Barometer een waardevolle aanvulling is op de verzameling van prevalentiecijfers. Uit die cijfers zou kunnen blijken dat een bepaalde vorm van ouderenmishandeling veel voorkomt, terwijl hulpverleners of ondersteuners dit niet voldoende signaleren. Door onderzoek naar prevalentie van ouderenmishandeling te combineren met onderzoek naar het perspectief van hulpverleners/ondersteuners kan gewerkt worden aan gefundeerde handelingsperspectieven voor professionals, vrijwilligers en organisaties.

Noten

1 De Barometer Ouderenmishandeling is in opdracht van de gemeente Amsterdam ontwikkeld en in die stad op kleine schaal getest.
2 Zie voor een volledig overzicht van de resultaten Los en De Gruijter (2014).
3 Stichting Moviera is een regionale instelling voor hulp en opvang bij geweld in afhankelijkheidsrelaties.
4 De derde meting vindt plaats in het najaar van 2015.
5 Opvallend is dat bij de tweede meting het aantal invullers sterk is teruggelopen: van 843 in 2013 tot 322 in 2014. Bij de tweede meting heeft 75% de Barometer voor de eerste maal ingevuld. Slechts een kwart deed dit voor de tweede maal. Voorafgaand aan de eerste meting heeft een medewerker van de GGD grote inspanningen geleverd om de Barometer onder de aandacht te brengen van de projectpartners en hulpverleners/ondersteuners in de regio. Een medewerker heeft aan het creëren van draagvlak voor het invullen van de vragenlijst ongeveer 140 uur besteed. De werkzaamheden bestonden uit het persoonlijk benaderen van projectpartners, het uitleggen van doel en belang van de Barometer en het verkrijgen van persoonlijke e-mailadressen. In veel gevallen hebben leidinggevenden hun medewerkers via e-mail of persoonlijk opgeroepen de vragenlijst in te vullen. Bij de tweede meting is het creëren van draagvlak voor het invullen beperkt gebleven tot een algemene oproep aan projectpartners om de Barometer te promoten in de eigen organisatie. Projectpartners gaven daarnaast aan dat de timing ongelukkig was, aan de vooravond van de transities in het sociale domein.
6 Een deel van deze antwoorden lijkt overigens onder te verdelen naar doelbewuste mishandeling dan wel ontspoorde mantelzorg/overbelasting. We hebben de categorie 'anders' niet gehercodeerd omdat het in de Barometer draait om de interpretatie van de invuller.
7 Het is niet uit te sluiten dat meerdere respondenten binnen hun eigen organisatie een melding hebben gemaakt van een en hetzelfde geval van ouderenmishandeling.

8 Invullers vanuit de ouderenbonden en vrijwilligers blijken minder bekend met de meldcode. Toepassing van de meldcode is niet verplicht voor vrijwilligers.

9 De Barometer is enerzijds ontwikkeld om in kaart te brengen of en hoe hulpverleners/ondersteuners in een gebied (gemeente of regio) te maken krijgen met signalen van ouderenmishandeling, anderzijds om aanknopingspunten te vinden voor de ontwikkeling en uitvoering van een (lokale of regionale) aanpak van ouderenmishandeling. Op basis van de eerste en tweede meting in de Veiligheidsregio Gelderland-Zuid concluderen we dat de Barometer in beide doelen voorziet. Het herhaald uitvoeren van de Barometer maakt ontwikkelingen in de resultaten van een (regionale) aanpak inzichtelijk.

6 Meldingen bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Henk Ferwerda, Manon Hardeman en Vanessa Codrington (Bureau Beke)

6.1 Methode

We verkennen aard en omvang van ouderenmishandeling in verzorgings- en verpleeghuizen door heranalyse van data, documentstudie en interviews met zes vertegenwoordigers van verpleeg- en verzorgingshuizen[1].
We richten ons puur op mishandeling van een oudere door een professional of vrijwilliger in een professioneel kader. Het gaat ons dus niet om zaken die zich op instellingsniveau afspelen, zoals beperking van bezoektijden of bezuiniging op activiteitenbegeleiding. Ook als ouderen elkaar pesten of mishandelen spreken we niet van ouderenmishandeling, aangezien er geen afhankelijkheidsrelatie is. Niettemin kunnen ouderen dit zelf wel degelijk als vorm van mishandeling ervaren (Plaisier en De Klerk 2014).
We hebben de registraties van ouderenmishandeling bij het meldpunt van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in de afgelopen drie jaren geanalyseerd.[2] Dat gaf informatie over de kenmerken van de slachtoffers en de plegers, over de aard van de mishandeling en over de afhandeling van de melding.
Op basis van documenten en gesprekken gaan we verder in op de context van ouderenmishandeling in verpleeg- en verzorgingshuizen, de rol en functie van het meldpunt bij de inspectie, de eerste ervaringen en het belang van de leidraad 'Veilige zorgrelatie', de drempels voor professionals en instellingen om te melden en de begrippen 'grensoverschrijdend gedrag' en 'ontspoorde zorg'.

6.1.1 Literatuur

De omvang van ouderenmishandeling in verpleeg- en verzorgingshuizen in Nederland is grotendeels onbekend (Bardelmeijer en Schols 2008). Onderzoek van Pillemer en Moore (1989) toonde destijds aan dat verschillende vormen van ouderenmishandeling in Amerikaanse zorginstellingen frequent voorkwamen. Van de bijna 600 willekeurig gekozen verzorgenden en helpenden observeerde bijna een derde lichamelijke mishandeling en ruim 80% psychische of verbale mishandeling. 10% rapporteerde zelf lichamelijke mishandeling te plegen.
Bij ouderenmishandeling in zorginstellingen gaat het vooral om buitenproportioneel gebruik van vrijheidsbeperkende middelen, duwen, ruw vastgrijpen en een klap geven. De plegers onder het verzorgend personeel blijken minder voldoening uit hun werk te halen dan collega's die zich er niet schuldig aan maken (Pillemer en Moore 1989). Dit geldt ook voor verzorgenden die op het werk of thuis veel stress ervaren en voor verzorgenden die bewoners als kinderen zien die gestraft moeten worden voor hun storend

gedrag. Uit onderzoek van Shinoda-Tagawa et al. (2004) blijkt dat in zorginstellingen ouderen met een verminderde cognitie, zwerfgedrag, grof taalgebruik of onaangepast gedrag een grotere kans hebben op mishandeling.

6.1.2 Opzettelijke ouderenmishandeling of ontspoorde zorg?

Ouderenmishandeling kan opzettelijk zijn, maar ook voortkomen uit onmacht, oververmoeidheid of overbelasting (Movisie 2009; zie ook hoofdstuk 1). In dat laatste geval spreken we van ontspoorde zorg: de grenzen verschuiven of verdwijnen uit het zicht. Onderzoek van Maurits et al. (2014) laat zien dat collega-zorgverleners een belangrijke rol spelen bij vermoedens van disfunctioneren en dat ze zich ondersteund moeten weten door de organisatie. Disfunctioneren wordt gekenmerkt door onverantwoordelijke zorg, het risico op schade en het structurele karakter (Drewes et al. 2012).

Kader 6.1 Verschil tussen ontspoorde zorg en opzettelijke oudermishandeling

Het verschil tussen ontspoorde zorg en opzettelijke ouderenmishandeling is soms lastig te duiden, vooral bij fysieke mishandeling. Voor zorgverleners kunnen hun daden voortkomen uit veronderstelde praktische noodzaak. Iemand overmatig belemmeren in zijn bewegingsvrijheid is een vorm van fysieke mishandeling. In een verzorgingshuis in Tsjechië werden vooral bewoners met dementie beperkt in hun vrijheid, omdat er simpelweg niet genoeg personeel was om op iedereen tegelijkertijd te letten. ‘Om te voorkomen dat een oude vrouw wegloopt en verdwaalt, binden we haar vast aan een stoel, de verwarming of een kledingkast’ (Bužgová en Ivanová 2009).

Bij seksuele mishandeling is de grens duidelijker. Dan gaat het om intiem contact waarvoor een van de partijen geen toestemming geeft. Soms wordt verondersteld dat de oudere te zwak is om zich te verzetten of niet begrijpt wat er gebeurt (Kleinschmidt 1997).

Een voorbeeld uit de praktijk. Pat, een man van 33 jaar, werkte twee jaar als verpleeghulp in een verzorgingshuis. In die tijd heeft hij elf vrouwen seksueel mishandeld. Hij vervulde zijn seksuele fantasieën zorgvuldig en planmatig. Hij koos alleen vrouwen die dementerend waren. Zoals hij zelf zegt: ‘Hierdoor waren zij zich niet bewust van wat er gebeurde.’ De dochter van een van de vrouwen kreeg argwaan, maar voordat er specifieke verdenkingen werden uitgesproken, heeft hij zelf alles bekend (Burgess et al. 2007).

Ook financieel misbruik is een vorm van opzettelijke mishandeling. De dader haalt geld bij het slachtoffer weg uit persoonlijk gewin. Zo hoorden wij tijdens de interviews dat een nieuwe medewerker werd herkend als oud-collega van een andere zorginstelling, waar hij ontslagen was vanwege diefstal van persoonlijke bezittingen van de bewoners. De man bleek in de loop der jaren doelbewust ouderen in zorginstellingen te bestelen.

6.1.3 Signaleren

Het signaleren en vervolgens onderzoeken en aanpakken van ouderenmishandeling is vaak erg lastig. Uit onderzoek van Sillman (2004) blijkt dat artsen en andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg daarin vaak onvoldoende zijn getraind. Ze durven hun

verdenking vaak niet te bespreken uit angst om het vertrouwen van het slachtoffer of de dader te verliezen of om iemand valselijk te beschuldigen. Mogelijke signalen van mishandeling zijn als de oudere (McGuire en Fulmer 1996; Lynch 1997; Carney et al. 2003):

- melden van of hulp zoeken bij ziekte en verwondingen uitstelt;
- angstig reageert op bepaalde personen;
- gelijktijdig verse en oudere verwondingen heeft;
- een symmetrische verdeling van verwondingen heeft;
- in de buurt wil blijven van vertrouwde personen;
- bang is bij lichamelijke verzorging of geen lichamelijke verzorging wil.

6.1.4 Verpleeg- en verzorgingshuizen

In verzorgingshuizen wonen mensen die slechts beperkte medische verzorging nodig hebben; in verpleeghuizen mensen die intensieve zorg nodig hebben. In beide instellingen wonen dus kwetsbare ouderen (Den Draak 2010). Ouderen blijven steeds langer zelfstandig wonen (Arcon 2013).
Door extramuralisering verdwijnen steeds meer verzorgingshuizen en neemt het aantal gecombineerde instellingen toe (GfK 2009). In 2012 verbleef circa 7% van de bevolking van 65 jaar en ouder in zorginstellingen. Op dat moment was intramurale zorg[3] voor ouderen mogelijk in circa 1300 verzorgingshuizen met een capaciteit van 100.000 plaatsen en circa 340 verpleeghuizen met een capaciteit van 65.000 plaatsen (Huijsman 2012).

6.2 Gegevens van het meldpunt

Naar aanleiding van het actieplan 'Ouderen in veilige handen' (TK 2010/2011) is er vanaf 15 juni 2011 bij de IGZ een Meldpunt Ouderenmishandeling in de Zorg ingericht[4], dat inmiddels is opgegaan in het reguliere meldpunt van de IGZ. Instellingen moeten ouderenmishandeling door een professional of vrijwilliger melden bij de inspectie. Dat kan via het online meldingenformulier 'calamiteiten en seksueel misbruik'. De primaire verantwoordelijkheid voor onderzoek ligt bij de instelling zelf en daarover moet zij aan de inspectie rapporteren. Ook daarvoor is een format opgesteld. De inspectie ziet erop toe dat verpleeg- en verzorgingshuizen hun verantwoordelijkheden nemen en onderneemt zo nodig actie tegen zorgverleners. Zij kan ook eigen aanvullend onderzoek doen. Als blijkt dat de geleverde zorg kwalitatief door de bodem zakt, kan de inspectie maatregelen nemen zoals verscherpt toezicht, een aanwijzing van de minister of staatssecretaris, een bevel of het indienen van een tuchtklacht.

6.2.1 Aantallen

Wij hebben de geanonimiseerde meldingen bij de IGZ over verzorgings- en verpleeghuizen in de periode van 15 juni 2011 tot 1 juli 2014 geanalyseerd. Het gaat in die drie jaar om 67 meldingen (tabel 6.1). Daarvan komen er 26 binnen in 2011, wat relatief veel is omdat

het meldpunt pas halverwege dat jaar startte. Volgens een inspecteur komt dat waarschijnlijk door de publiciteit rond de start van het meldpunt. In 2014 is ook een half jaar (tot juli) geregistreerd en dat leverde slechts vier meldingen op.[5] In de twee volle jaren 2012 en 2013 komen er respectievelijk achttien en negentien meldingen binnen.
Omdat het vanwege de een-op-eensituatie tussen slachtoffer en pleger vaak lastig is om de mishandeling te bewijzen, wordt een onderscheid gemaakt tussen bewezen en niet-bewezen incidenten. De verhouding tussen bewezen en niet-bewezen meldingen is nagenoeg gelijk.[6]

Tabel 6.1
Meldingen ouderenmishandeling in verpleeg- en verzorgingshuizen, naar bewezen en niet-bewezen, juni 2011–juli 2014 (in aantallen en procenten)

	bewezen	niet-bewezen	totaal	%
2011	7	19	26	38,8
2012	14	4	18	29,9
2013	13	6	19	28,4
2014	1	3	4	6,0
totaal	35	32	67	100

Bron: IGZ (2011-2014)

6.2.2 Locatie en type

Iets meer dan de helft van de meldingen (54%) komt uit verpleeghuizen, de rest (46%) uit verzorgingshuizen en (woon-) zorgcentra.
Een melding kan uit meerdere typen ouderenmishandeling bestaan (zie ook tabel 6.2). Een diefstal waarbij het slachtoffer ook geduwd is, telt mee bij lichamelijk en financieel. Meldingen bij de IGZ betreffen vooral lichamelijke en psychische mishandeling. Bij lichamelijke mishandeling kan het gaan om schoppen, slaan en duwen; bij psychische mishandeling om schelden, misplaatste grappen, norse bejegening en afsnauwen. Onzedelijk betasten van borsten of een geslachtsdeel en zoenen zijn voorbeelden van seksueel geweld. Bij financiële mishandeling gaat het om diefstal van geld en goederen zoals sieraden.

Tabel 6.2
Meldingen ouderenmishandeling in verpleeg- en verzorgingshuizen, naar type, juni 2011–juli 2014 (in aantallen[a] en procenten)

	(n)	%
lichamelijk	43	49,4
psychisch	26	29,9
seksueel	9	10,3
financieel	9	10,3
totaal	87	100

a Een melding kan uit meerdere typen kan bestaan waardoor het totaal hoger is dan 67.

Bron: IGZ (2011-2014)

6.2.3 Slachtoffers

Bij sommige meldingen zijn meerdere slachtoffers betrokken, van wie niet altijd exact het geslacht of de leeftijd is aangegeven. In gevallen waarin dat wel duidelijk is, blijkt dat driekwart van de slachtoffers een vrouw is en een kwart een man. 80% van de slachtoffers is ouder dan 80 jaar (tabel 6.3).[7]

Tabel 6.3
Leeftijden van de slachtoffers van gemelde gevallen van ouderenmishandeling in verpleeg- en verzorgingshuizen, juni 2011–juli 2014 (in aantallen en procenten)

	(n)	%
65-69 jaar	1	2,2
70-74 jaar	1	2,2
75-79 jaar	7	15,2
80-84 jaar	15	32,6
≥ 85 jaar	22	47,8
totaal	46	100

Bron: IGZ (2011-2014)

Bijna 70% van de slachtoffers krijgt psychogeriatrische zorg, wat duidt op (beginnende) dementie. In de overige gevallen is er sprake van somatische zorg, wat wijst op een lichamelijke beperking of aandoening.

6.2.4 Plegers

Bij het leeuwendeel van de meldingen waarbij dit bekend is (n = 58), handelde de pleger alleen (88%). In de overige gevallen waren er meerdere plegers. Verder blijkt dat twee op de drie plegers vrouw zijn.[8]
Ruim driekwart van de plegers is een professional (tabel 6.4): helpende, verzorgende of verpleegkundige. In vier gevallen is de professional via een uitzendbureau ingehuurd. De overige plegers zijn vrijwilligers en mensen die nog in opleiding zijn.

Tabel 6.4

Type plegers van gemelde gevallen van ouderenmishandeling in verpleeg- en verzorgingshuizen, juni 2011–juli 2014 (in aantallen en procenten)

	(n)	%
professional	44	75,9
leerling	5	11,6
vrijwilliger	9	15,5
totaal	58	100

Bron: IGZ (2011-2014)

6.2.5 Opvolging

Meestal wordt van een incident geen aangifte gedaan bij de politie (tabel 6.5). Uit de interviews weten we dat dit vooral komt doordat de instelling – vanwege een mogelijk negatief imago – het incident graag ‘binnenshuis’ houdt of dat men op basis van eerdere ervaringen niet verwacht dat de politie iets met de aangifte zal doen.[9] Wanneer er wel aangifte wordt gedaan, gebeurt dat vooral door familieleden.[10] Van de 25 meldingen waarvan aangifte is gedaan is in 21 gevallen niet bekend of er strafrechtelijke vervolging heeft plaatsgevonden. Bij vier meldingen is dit wel het geval, wat heeft geleid tot taakstraf, reclasseringscontact en veroordelingen tot (voorwaardelijke en onvoorwaardelijke) vrijheidsstraffen.

Tabel 6.5
Aangiftecijfers ouderenmishandeling in verpleeg- en verzorgingshuizen, juni 2011–juli 2014 (in aantallen en procenten)

	(n)	%
geen aangifte	42	62,7
door familie	12	17,9
door de instelling	7	10,4
onbekend door wie	6	9,0
totaal	67	100

Bron: IGZ (2011-2014)

Naast politie en justitie neemt ook de instelling zelf maatregelen. Uit tabel 6.6. blijkt dat zorginstellingen de plegers van ouderenmishandeling vaak ontslaan.[11] Wel is er een opvallend verschil te zien tussen bewezen zaken en niet-bewezen zaken. Bij bewezen zaken neemt de instelling bijna zonder uitzondering een maatregel (ontslag, overplaatsing of berisping), terwijl dat bij de niet-bewezen zaken heel vaak niet het geval is. Dit is logisch en ook kenmerkend voor ouderenmishandeling, omdat het vaak gaat om de verklaring van het slachtoffer versus die van de vermeende pleger en het daarom lastig te bewijzen is wie er gelijk heeft. Uit de interviews komt wel naar voren dat ook zonder maatregel tegen de vermeende pleger het incident aanleiding kan zijn voor een bredere aanpak binnen de verpleeg- en verzorgingshuizen. Te denken valt aan het bespreekbaar maken van het fenomeen ouderenmishandeling binnen het team, het aanstellen van een supervisor voor het team of het inzetten van technische beveiligingsmiddelen voor cliënten.

Tabel 6.6
Maatregelen door de instellingen bij de meldingen van ouderenmishandeling, juni 2011–juli 2014 (in aantallen[a] en procenten)

	bewezen	niet-bewezen	totaal	%
ontslag	27	6	33	46,5
overplaatsing	5	5	10	14,1
berisping/waarschuwing	5	2	7	9,8
geen maatregel	1	20	21	29,6
totaal	38	33	71	100

a Per melding kunnen meerdere maatregelen genomen worden.

Bron: IGZ (2011-2014)

Tot slot heeft de inspecteur van de IGZ voor de 35 bewezen zaken op basis van nader onderzoek ook een oordeel over de incidenten gegeven. De inspecteur is vanzelfsprekend geen

rechercheur of rechter, maar is wel onafhankelijk en goed op het dossier ingevoerd. Uit dit professionele oordeel blijkt dat driekwart van de incidenten getypeerd wordt als 'ontspoorde zorg', terwijl een kwart het label 'opzettelijk' krijgt.

6.3 Aanpak

Uit de gesprekken met de vertegenwoordigers van de instellingen blijkt dat ouderenmishandeling binnen verpleeg- en verzorgingshuizen meestal een lastig onderwerp is.
De term 'mishandeling' vindt men zwaar voor het leeuwendeel van de incidenten. Volgens hen gaat het vooral om ontspoorde zorg of grensoverschrijdend gedrag. Als er wel sprake is van opzet, worstelen sommige professionals en bestuurders hoe ze met het fenomeen moeten omgaan. In algemene zin weet men dat 'waar mensen werken, fouten worden gemaakt', maar als zich een (ernstig) incident voordoet, wil men dat liever niet aan de grote klok hangen. Men is bang voor een negatief imago en voor een teruglopende instroom van cliënten. Ook vindt een aantal van onze gesprekspartners de drempel tot melding bij de IGZ hoog. Melden leidt tot een onderzoek en daarbij heeft men regelmatig niet het gevoel dat de IGZ naast hen staat om te ondersteunen, maar tegenover hen staat om te oordelen. Wel geven ze aan dat de IGZ om advies gevraagd kan worden over de afhandeling van een incident, zonder daarover een officiële melding te hoeven doen.
De verplichting om te melden bij de IGZ is volgens artikel 4a van de Kwaliteitswet zorginstelling alleen het geval bij een calamiteit of seksueel misbruik.[12] Vandaar dat gesprekspartners ook wel aangeven dat de meldingen bij de IGZ het topje van de ijsberg zijn en vooral te zien zijn als ernstige incidenten die gemeld moeten worden. Overige incidenten behandelen de instellingen liever zelf.
Omdat de ervaringen met aangifte doen bij de politie wisselend zijn (soms wordt een aangifte kordaat opgepakt maar regelmatig ook niet), houdt men het soms liever bij een eigen intern onderzoek of schakelt men een particulier recherchebureau in.
Onze gesprekspartners zijn ervan overtuigd dat ook in hun instelling incidenten van ouderenmishandeling voorkomen, maar veel minder dan in de thuiszorg, mantelzorg en onder ouderen die nog zelfstandig wonen. De redenen daarvoor zijn volgens hen de volgende:

- verpleeg- en verzorgingshuizen werken met teams van gedreven professionals of vrijwilligers in een professionele setting;
- de leiding kan de samenstelling en cultuur van de teams beïnvloeden. Een respondent: 'Binnen het team zeggen we niet dat we op elkaar letten, maar op elkaar passen. Zo is het werken op een psychogeriatrische zorgafdeling vermoeiend, waardoor je je eigen grens kunt overgaan. Op elkaar passen en wisselen van werknemers tussen afdelingen kan een oplossing zijn';
- het fenomeen ouderenmishandeling wordt de laatste jaren steeds meer in de teams bespreekbaar gemaakt. Ook daar moet namelijk niet onderschat worden hoe lastig het is om van collega's te vragen elkaar te corrigeren en bij een incident interne melding te maken;[13]

– er wordt (of is) – soms geïnitieerd en ondersteund door de rijksoverheid - intern beleid ontwikkeld op het voorkomen, signaleren en aanpakken van ouderenmishandeling.

Kader 6.2 Voorbeelden van aanpak in de praktijk

Gesprekspartners in instellingen geven de volgende voorbeelden van het voorkomen, signaleren en aanpakken van ouderenmishandeling: 1 een Verklaring Omtrent het Gedrag (VOG) verplicht stellen bij nieuwe medewerkers; 2 het waarschuwingsregister van professionals die zich in de zorg schuldig hebben gemaakt aan ouderenmishandeling (zie kader 6.3); 3 aanstelling van een vertrouwenspersoon of aandachtsfunctionaris voor medewerkers die iets hebben gesignaleerd bij een collega en het lastig vinden om te melden; 4 ervan uitgaan dat ouderenmishandeling in de zorginstelling kan voorkomen; 5 beter gebeurtenissen in de privésituatie van medewerkers monitoren die het werk kunnen beïnvloeden (loonbeslag, problemen thuis); 6 casuïstiek bespreken in intervisiebijeenkomsten; 7 e-learning voor medewerkers in signaleren van en omgaan met ouderenmishandeling; 8 het stappenplan 'Veilige zorgrelaties' (zie hoofdstuk 1).

Uit de gesprekken kregen wij de indruk dat het onderwerp ouderenmishandeling binnen verpleeg- en verzorgingshuizen langzaam maar zeker uit de taboesfeer raakt, maar dat men soms nog worstelt met de vraag hoe men het fenomeen echt goed kan aanpakken. In die zin doet de huidige situatie in verpleeg- en verzorgingshuizen denken aan die in het voortgezet onderwijs eind vorige eeuw, toen men worstelde met het onderwerp 'geweld op school'. Ontkenníng van de problematiek door individuele schoolbesturen uit angst voor een negatief imago stond een eenduidige aanpak van geweld op school in de weg. Veel scholen traden pas op – liefst zo *low profile* mogelijk – bij een ernstig geweldsincident. Sommige scholen en schoolbesturen toonden zich in die periode realist en onderkenden de problematiek. De school is immers geen eiland in de maatschappij, zo gaven zij aan. Dat het in die jaren is gelukt om veiligheidsbeleid voor scholen te ontwikkelen, is achteraf een succesfactor gebleken (Ferwerda 1998).
Positief is dat onze gesprekspartners in de instellingen aangeven dat ze ervan uitgaan dat ouderenmishandeling breed in onze samenleving kan voorkomen en dus ook in een zorginstelling. Onderkenning is een belangrijke stap om het fenomeen aan te pakken (zie ook kader 6.2).

Kader 6.3 Het waarschuwingsregister

Eind 2014 heeft de werkgeversvereniging ZorgZijn Werkt het Waarschuwingsregister Zorg en Welzijn officieel gelanceerd. Het register wordt in eerste instantie alleen gebruikt in de regio Haaglanden, maar later in 2015 in heel Nederland. Belangrijkste onderdeel is de integriteitsscreening bij sollicitaties. Een aangesloten zorg- en of welzijnsorganisatie kan in het register nagaan of van een sollicitant strafbaar gedrag – diefstal, mishandeling, seksueel grensoverschrijdend gedrag – bekend is bij een andere deelnemende organisatie. Alleen aangesloten organisaties kunnen medewerkers in het regis-

ter laten plaatsen en het register raadplegen. Het register is een beveiligd systeem waartoe slechts een beperkt aantal personen toegang heeft. Medewerkers kunnen overigens voor een periode van twee of vier jaar worden uitgesloten van werk in de langdurige zorg.

6.4 Conclusies

Bij de IGZ is in drie jaar tijd 67 keer een incident van ouderenmishandeling gemeld. Afgaande op de literatuur en de gesprekken die we voerden met professionals uit verpleeg- en verzorgingshuizen is dit het topje van de ijsberg. Veel incidenten worden door bestuurders van zorginstellingen niet landelijk gemeld maar lokaal afgedaan, zo lijkt het. De meldingen geven dus geen beeld van de werkelijke omvang. Wel geven de cijfers een eerste indruk van de mate van voorkomen van mishandelingen naar type, een aantal kenmerken van de slachtoffers en de plegers, en de reacties van instellingen. In het merendeel van de gevallen (63%) doet de instelling geen aangifte bij de politie. Wel neemt de instelling in veel gevallen (70%) een maatregel tegen de pleger: meestal ontslag, soms overplaatsing, berisping of waarschuwing.

Ouderenmishandeling is voor zorginstellingen een zware term voor een fenomeen dat in belangrijke mate uit ‘ontspoorde zorg’ bestaat. Van de bewezen zaken oordeelt de inspecteur van de IGZ dat driekwart te typeren is als ‘ontspoorde zorg’ en een kwart als ‘opzettelijk’. Dat het fenomeen voorkomt, wordt niet ontkend, maar professionals en bestuurders vinden het moeilijk om ermee om te gaan. Angst voor een slecht imago en teruglopende cliëntenaantallen weerhouden hen van melding of aangifte.

Positief is dat bij verpleeg- en verzorgingshuizen langzaam maar zeker het besef ontstaat dat ze onderdeel zijn van de samenleving en dat dus ook bij hen vormen van criminaliteit en onveiligheid kunnen plaatsvinden. De introductie van instrumenten, communicatie over en maatschappelijke aandacht voor het fenomeen en zeer recent de leidraad ‘Veilige Zorgrelatie’ dragen hieraan bij. Nieuwe medewerkers van zorginstellingen worden gescreend, er is een waarschuwingsregister van plegers, teams worden over de signalen geschoold, er wordt gewerkt aan een teamcultuur waarin elkaar aanspreken op gedrag en melden van misstanden professioneel is, en er zijn vertrouwenspersonen of aandachtsfunctionarissen beschikbaar.

Op basis van de gevoerde gesprekken lijkt het erop dat incidenten in zorginstellingen intern veelal zeer serieus opgepakt en onderzocht worden. Bij een bewezen incident is de kans op ontslag voor de pleger groot. Wat (nu nog) lastig is en blijft, is de melding van incidenten naar buiten toe.

Noten

1 Met dank aan Frits van Es en Ellie van Kampen (Stichting Zorgcentra Rivierenland), Annelies Kloppenburg en Anne Kramer (Cardia Den Haag), Veronique Tubée (Actiz) en Barbara Versteegen (Insula Dei Arnhem).

2 We danken de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en in het bijzonder Marianne van der Putten en Hanneke Schönberger voor de toestemming om gebruik te maken van de geanonimiseerde gegevens van het Meldpunt en voor de gesprekken die we daarover met hen hebben gevoerd.

3 Intramurale cliënten zijn bewoners van een zorginstelling die binnen die instelling zorg aangeboden krijgen. Extramurale cliënten hoeven niet naar een zorginstelling, maar krijgen thuis zorg.

4 Zie www.huiselijkgeweld.nl/interventies/aanpak/meldpuntenouderenmishandeling.

5 Er waren ook nog vier meldingen in onderzoek, maar die zijn niet meegenomen in de analyse.

6 Waar relevant of significant komen we terug op dit onderscheid.

7 Het oudste slachtoffer is 103 jaar.

8 Dit is te verwachten omdat er veel meer vrouwen in de zorg werkzaam zijn.

9 Aangifte doen is aangeraden maar niet verplicht.

10 Bij aangifte doen maakt het niet uit of de mishandeling bewezen of niet-bewezen is.

11 In het geval van niet-bewezen zaken is dit opmerkelijk.

12 De IGZ definieert een calamiteit als: een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid. Van seksueel misbruik is sprake bij lichamelijk, geestelijk of relationeel overwicht waarbij een cliënt betrokken is. Zie www.igz.nl.

13 Het is dus zeer waarschijnlijk dat er veel meer gevallen zijn dan nu bekend wordt.

7 Slotbeschouwing

Inger Plaisier en Mirjam de Klerk (SCP)

In deze bundel geven we antwoord op de vraag wat er op dit moment bekend is over de omvang, aard en oorzaken van ouderenmishandeling in Nederland en welke hiaten er zijn in die kennis. Dat doen we door verschillende bronnen, die elk een deel van het verhaal weergeven, te presenteren en te vergelijken (zie tabel 7.1 aan het einde van het hoofdstuk voor een schematisch overzicht).

7.1 Wat weten we nu over de omvang van ouderenmishandeling?

We hebben gegevens gepresenteerd die iets kunnen zeggen over het aantal slachtoffers van ouderenmishandeling in Nederland.

– Bij een (schriftelijke/online) enquête onder ouderen meldde 0,5% van de deelnemers in de afgelopen vijf jaar slachtoffer van huiselijk geweld te zijn geweest, waarbij het aannemelijk is dat dit ouderenmishandeling betreft; 0,3 % van de ouderen meldde dat de mishandeling in het afgelopen jaar plaatsvond (hoofdstuk 3).
– In de eerste helft van 2014 registreerden de Steunpunten Huiselijk Geweld (SHG's) 1114 meldingen van ouderenmishandeling. Na bijschatting zou dat neerkomen op 2432 meldingen over het hele jaar. Het gaat om geweld in huiselijke kring, meestal bij ouderen die zelfstandig wonen (hoofdstuk 4).
– Van de professionals en vrijwilligers in zorg en ouderenwelzijn die in 2013 meededen aan een (internet)enquête herkende 40% ten minste een geval van ouderenmishandeling (hoofdstuk 5).
– Tussen juli 2011 en juli 2014 kreeg de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) 67 meldingen van vermoede ouderenmishandeling in een verzorgings- of verpleeghuis, waarvan 35 gevallen zijn bewezen (hoofdstuk 6).

Afbakening

De uitkomsten laten zien dat ouderenmishandeling voorkomt en wordt herkend in Nederland, maar ook dat het heel lastig is om één cijfer te presenteren. Dit heeft deels te maken met afbakening. Zo vraagt de Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012 van de GGD'en, CBS en RIVM naar huiselijk geweld en niet naar ouderenmishandeling. De SHG's registreren ouderenmishandeling in *huiselijke kring*. Bij de IGZ komen juist meldingen uit een *professionele setting*.
Ook het onderscheid tussen intentioneel geweld en ontspoorde zorg bepaalt sterk of iets als ouderenmishandeling wordt aangemerkt of niet. Bij de registraties van de IGZ gaat het vooral om 'bewezen' mishandeling en het ligt veel moeilijker om onopzettelijke ontspoorde zorg of grensoverschrijdend gedrag als zodanig te benoemen. Bij de SHG's wor-

den beide vormen – intentionele en onopzettelijke mishandeling – wel gezien, maar het lijkt aannemelijk dat onopzettelijke mishandeling alleen wordt gemeld als zij ernstig is. Daarnaast zijn, zowel voor ouderen zelf als voor professionals, bepaalde uitingen van mishandeling waarschijnlijk duidelijker te herkennen en af te bakenen. Dit kan verklaren waarom fysiek geweld relatief vaak wordt genoemd en verwaarlozing bijna niet, maar dat zegt weinig over de prevalentie van deze vormen. Niet in elk onderzoek is expliciet naar dezelfde vormen van mishandeling gevraagd. Een scherpe afbakening is van belang om cijfers onderling vergelijkbaar te maken, maar er zullen waarschijnlijk altijd grijze gebieden blijven.

Verschillende bronnen

De bronnen geven allemaal een deel van het fenomeen weer (zie ook tabel 1.1). Registratiecijfers zijn van een andere orde dan enquêtegegevens. Bij registraties gaat het om situaties die duidelijk zijn en waarvan er een noodzaak is dat ze worden gemeld. Dat zegt nog weinig over de prevalentie van ouderenmishandeling. Een stijgend aantal meldingen wil niet zeggen dat de prevalentie stijgt, maar geeft aan dat meer gevallen worden onderkend en er vaker wordt gezocht naar een oplossing om de mishandeling te bestrijden. In een enquête kunnen ook gevallen in beeld komen die door betrokkenen nog niet eerder als zodanig zijn onderkend, of waarbij er (nog) geen urgentie, wil of mogelijkheid is om hulp van anderen in te roepen.
Het is bij onderzoek ook belangrijk te realiseren dat het resultaat afhangt van wie je bevraagt.
Bij het bevragen van ouderen zelf komen de meest kwetsbaren niet in beeld, omdat zij niet (kunnen) meedoen aan een onderzoek. Bovendien geven ouderen zelf niet altijd aan dat zij slachtoffer zijn, omdat ze mishandeling niet als zodanig erkennen of benoemen, of uit schaamte en angst. Bevraagt men familieleden, professionals of zorgvrijwilligers, dan kan een van hen zelf pleger zijn en dat niet aangeven. In de cultuur van een zorginstelling kan het onderwerp taboe zijn, waardoor het moeilijk bespreekbaar is en niet wordt gemeld. Ook is het de vraag hoe representatief een onderzoek onder professionals is, omdat de kans bestaat dat vooral professionals meedoen die het probleem van ouderenmishandeling onderkennen. Daarnaast komt het voor dat meerdere respondenten over hetzelfde slachtoffer rapporteren.

Vergelijking met onderzoek van Comijs uit 1996

Opvallend is dat de cijfers die wij vinden veel lager zijn dan de prevalentiecijfers van Comijs et al. (1996): toen gaf 5,6% (d.w.z. zo'n 200.000 ouderen in 2014[1]) van de ouderen in een mondeling interview aan slachtoffer te zijn. Dat prevalentiecijfer zou volgens de onderzoekers destijds een onderschatting zijn. Ter vergelijking: de prevalentie uit de Gezondheidsmonitor (0,5% van de ouderen slachtoffer van huiselijk geweld) zou neerkomen op 15.000 van de huidige drie miljoen 65-plussers in Nederland (CBS StatLine). Het gaat hier overigens alleen om psychisch, fysiek of seksueel geweld; verwaarlozing en financiële uitbuiting zijn niet meegeteld. Als we alleen kijken naar mishandeling in het

afgelopen jaar, dan meldt 0,3% in het afgelopen jaar slachtoffer te zijn: 9.000 slachtoffers. We weten niet of deze recente cijfers duiden op een (ernstige) onderschatting, of dat het onderzoek van twintig jaar geleden een overschatting was van de prevalentie. Wel zijn er goede verklaringen te geven voor het grote verschil met het onderzoek van Comijs et al. (1996). Destijds is veel uitgebreider naar mishandeling gevraagd en zijn 23 voorbeelden genoemd (zie kader 1.4), waarmee mogelijk ook de lichtere vormen van mishandeling zijn opgespoord, zoals stelselmatig schelden of zonder toestemming geld wegnemen. Bij de Gezondheidsmonitor is de prevalentie vastgesteld op basis van vier globale vragen. Na een korte introductie van het onderwerp met voorbeelden wordt gevraagd of iemand slachtoffer is geweest van huiselijk geweld. Daarna is gevraagd om welke vorm het ging en hoe vaak. Hiermee krijg je waarschijnlijk alleen de ernstiger incidenten in beeld. Ook de wijze van onderzoeken zal invloed hebben: aan een persoonlijk interview in de eigen omgeving doen mogelijk meer kwetsbare ouderen mee dan aan een schriftelijke of online enquête.

De huidige registratiecijfers en (schriftelijke) enquêtegegevens bij ouderen en professionals geven ons vermoedelijk maar een beperkt beeld van het aantal slachtoffers. We zien waarschijnlijk het topje van de ijsberg: alleen als mensen zich ervan bewust zijn dat er sprake is van mishandeling en bepaalde drempels overwonnen hebben, melden zij zich als slachtoffer. Bovendien worden vooral heel kwetsbare en sterk afhankelijke ouderen bij enquêtes gemist en juist zij lopen groot risico om slachtoffer te worden. Te denken valt aan dementerende ouderen die thuis door hun partner of kinderen worden verzorgd, of ouderen in instellingen die zelf niet meer kunnen aangeven dat hen iets onwenselijks overkomt.

7.2 De aard

Bij drie van de vier hier onderzochte bronnen wordt psychische mishandeling het vaakst genoemd, gevolgd door lichamelijke mishandeling (GGD-Gezondheidsmonitor en de SHG's) of financieel misbruik (Barometer Ouderenmishandeling). Bij de IGZ wordt fysiek geweld juist vaker genoemd dan psychisch geweld. Dat komt mogelijk doordat mishandeling moeilijker is vast te stellen als er geen lichamelijk letsel is. Uit het kwalitatieve onderzoek onder ouderen zelf komt naar voren dat de term ouderenmishandeling zwaar overkomt en niet goed wordt begrepen. Er zijn gradaties in ernst. Ouderen denken bij ouderenmishandeling vooral aan fysiek en intentioneel geweld (hoofdstuk 2). Seksueel misbruik en verwaarlozing lijken minder vaak voor te komen, maar deze typen mishandeling worden ook minder vaak in kaart gebracht dan de andere vormen.
Veel slachtoffers van ouderenmishandeling krijgen te maken met meerdere vormen tegelijk. Vaak gaat het dan om een combinatie van psychisch geweld en een andere vorm. Over de mate waarin de mishandeling moedwillig of onopzettelijk is gepleegd, is weinig bekend. Het onderscheid is vaak moeilijk te maken. Professionals weten dat ook niet goed in te schatten, maar denken dat ontspoorde zorg zich ongeveer twee keer zo vaak voordoet als moedwillige mishandeling. De term 'ouderenmishandeling' is een zware term als

het om ontspoorde zorg gaat, zo komt naar voren in focusgroepen (hoofdstuk 2) en in gesprekken met vertegenwoordigers van verpleeg- en verzorgingshuizen (hoofdstuk 6).

De slachtoffers

De registraties laten zien dat het aantal slachtoffers in absolute aantallen met de leeftijd afneemt, maar procentueel juist toeneemt. In de GGD-monitor was het aandeel slachtoffers het hoogst in de jongere leeftijdsgroepen. Dat kan komen doordat de meest kwetsbare ouderen met de hoogste risico's niet aan deze enquête meededen. In het onderzoek van Comijs et al. (1996) was destijds hetzelfde patroon te zien.
Bij de SHG's zijn ruim twee keer zoveel vrouwelijke als mannelijke slachtoffers gemeld. Ook bij de meldingen bij de IGZ is het slachtoffer vaker een vrouw. In de GGD-Gezondheidsmonitor was de prevalentie van ouderenmishandeling onder vrouwen eveneens hoger dan onder mannen, zelfs als we er rekening mee houden dat vrouwen gemiddeld ouder worden en meer gezondheidsproblemen hebben en dus kwetsbaarder zijn.

Type plegers

Of de plegers vooral uit de eigen kring komen of professionals zijn, is lastig te zeggen. Dit hangt sterk samen met de gebruikte bron: bij de SHG's komen immers de meldingen binnen van ouderenmishandeling in huiselijke kring en bij de GGD-Gezondheidsmonitor is gevraagd naar huiselijk geweld, hetgeen in principe professionals uitsluit. Bij de IGZ, waar het in dit rapport alleen gaat om ouderenmishandeling bij cliënten van zorginstellingen, hebben de meldingen betrekking op professionele hulpverleners. Bij de metingen van de Barometer bleek de pleger in een vijfde van de gevallen een professional te zijn.
Bij plegers uit de eigen kring noemen sommige bronnen vooral de partner of ex-partner (GGD-Gezondheidsmonitor). Andere bronnen (SHG's, Barometer) noemen de kinderen het vaakst als pleger. Een verklaring hiervoor is dat professionals vooral contact hebben met alleenstaande ouderen en daarom meer zicht hebben op ouderen die hulp krijgen van kinderen (Plaisier en De Klerk 2015).

7.3 Oorzaken

Uit onze bronnen komen verschillende oorzaken van ouderenmishandeling aan het licht. Vaak gaat het om een samenloop van omstandigheden, zowel bij het slachtoffer en de pleger als in de omgeving.
Uit interviews met ouderen en betrokkenen (hoofdstuk 2) komt naar voren dat bij het slachtoffer sociaal isolement (en daardoor gebrek aan sociale controle) en een tekort aan copingstrategieën (zoals het probleem met iemand bespreken of hulp inschakelen) een rol spelen. Uit de GGD-Gezondheidsmonitor blijkt dat eenzaamheid, gebrek aan regie over het eigen leven, angst en depressie sterk samenhangen met slachtofferschap. Het is niet zeker of dit oorzaken of juist gevolgen van mishandeling zijn (hoofdstuk 3).

Een bekende risicofactor bij de pleger is psychiatrische of verslavingsproblematiek. Ook gevoelens van onmacht en onvermogen bij de pleger vormen een oorzaak van mishandeling. Dit is een belangrijke verklaring voor ontspoorde (mantel)zorg, maar ook bij moedwillige mishandeling kan onmacht meespelen. Deze gevoelens kunnen voortkomen uit de wederzijdse afhankelijkheid tussen pleger en slachtoffer, zo blijkt uit de interviews met experts (hoofdstuk 2). Een mantelzorger, vaak de partner of een kind, kan voor huisvesting, financiële zekerheid of gezelschap afhankelijk zijn van de oudere. Het is niet duidelijk of een familiegeschiedenis waarin geweld voorkomt een risicofactor is. Uit het onderzoek van Comijs et al. (1996) bleek dat 20% van de ouderen ook al voor hun vijfenzestigste werd mishandeld, wat kan duiden op een familiegeschiedenis, maar in het kwalitatieve onderzoek van de Leyden Academy on Vitality and Ageing zijn daarover tegenstrijdige uitspraken gedaan.
In professionele settingen, zoals verpleeg- en verzorgingshuizen, speelt de cultuur in teams een rol. Als er geen oog is voor overbelasting en collega's elkaar niet aanspreken op gedrag, is de kans op ouderenmishandeling groter (hoofdstuk 6). Openheid en bespreekbaarheid van het onderwerp spelen ook buiten die professionele setting een belangrijke rol. Een taboe op ouderenmishandeling belemmert dat signalen worden opgevangen en bespreekbaar zijn. Ook zou de sociaalmaatschappelijke positie van ouderen een factor zijn. Ouderen vinden het misschien niet nodig voor zichzelf op te komen en de mishandeling te bespreken (hoofdstuk 2).

7.4 Welke kennis ontbreekt?

Hiaten in de kennis over de omvang

Het is duidelijk dat de bestaande bronnen geen volledig inzicht geven in aantallen slachtoffers van ouderenmishandeling worden. Zo blijft de groep hoogbejaarde, kwetsbare ouderen die zelf niet aan een enquête kan meedoen en geen professionele hulp heeft buiten beeld. Met andere woorden:

- Er blijft een '*dark number*' waarover we niets weten. Niet over de omvang, maar ook niets over aard en oorzaken van mishandeling binnen die groep.
- Over de prevalentie van ouderenmishandeling onder verschillende bevolkingsgroepen, zoals migranten, stedelingen of plattelandsbewoners, is tot nu toe evenmin iets bekend. Met meer kennis over de omvang, aard en specifieke risicofactoren voor bepaalde groepen kan ook gerichter beleid gemaakt worden.
- Mensen lijken het lastig te vinden om niet-intentionele mishandeling als mishandeling te zien. We weten nauwelijks welke gevolgen dit heeft voor het signaleren, onderkennen en melden van ouderenmishandeling.
- Sommige vormen van ouderenmishandeling, zoals fysiek geweld of financieel misbruik, zijn scherper af te bakenen dan bijvoorbeeld psychisch geweld of verwaarlozing. Dat kan tot onder- of overschatting van bepaalde typen mishandeling leiden. Het is niet goed bekend in hoeverre dit een rol speelt bij het bepalen van de prevalentie van ouderenmishandeling.

– Over de ontwikkeling van de omvang en aard van de ouderenmishandeling (neemt mishandeling toe met de groei van het aantal hoogbejaarden of veranderingen in de zorg?) zijn geen gegevens beschikbaar.

De vraag hoe een onderzoek eruit ziet dat meer inzicht verschaft in de prevalentie valt buiten de scope van deze bundel. Echter, het verdient aanbeveling ouderen zelf daar actief bij te betrekken, omdat zij beter zicht hebben dan onderzoekers en beleidsmakers alleen hoe ouderenmishandeling door slachtoffers zelf wordt herkend en dus kan worden onderzocht .

Hiaten in de kennis over de aard

– We weten niet alleen nauwelijks òf bepaalde vormen van mishandeling voorkomen, maar evenmin in wat en hoe ernstig de gevolgen zijn. Is verbaal onheuse bejegening minder ernstig dan fysiek geweld? Kennis hierover is ook belangrijk om beter te kunnen afbakenen wat als mishandeling moet worden opgevat.
– We weten weinig over financiële uitbuiting. In de enquêtes is er niet naar gevraagd, maar in de meldingen komt het wel voor.
– We weten niet of sommige vormen van mishandeling makkelijker gemeld worden of niet. Te denken valt aan seksueel misbruik. Komt dat echt weinig voor, of is het taboe daarop groter dan op de andere vormen?
– We weten niets van de slachtoffers die in de huidige bronnen worden gemist, ook niet van welk type mishandeling zij slachtoffer zijn. Wellicht zijn heel geïsoleerde of kwetsbare ouderen vooral vaker slachtoffer van bepaalde vormen van geweld of van een bepaald type pleger. Kennis daarover kan helpen mishandeling sneller op te sporen en te stoppen.

Hiaten in de kennis over de oorzaken

We kennen een aantal risicofactoren, zoals in sociaal isolement verkeren of een mantelzorger hebben met een psychiatrische of verslavingsachtergrond. Maar over een aantal risicofactoren is nog weinig kennis beschikbaar.
– We weten nauwelijks of 'moeilijk gedrag' van de oudere zelf (denk aan agressie of veel aandacht eisen) ook een rol speelt. Bovendien weten we niet goed of iets (bv. moeilijk gedrag of depressie) oorzaak of gevolg van de mishandeling is.
– We weten weinig over specifieke gezondheidsproblemen als risicofactor. Dementie lijkt een relatief groot risico te geven op mishandeling (ontspoorde zorg) door overbelaste mantelzorgers. Mogelijk zijn er meer ziektebeelden die de kans op een bepaalde vorm van ouderenmishandeling vergroten.
– We weten niet goed wat nu uiteindelijk maakt dat risicofactoren en het samenspel daartussen tot mishandeling leiden. Wat is het belangrijkst, of welke combinatie van kenmerken vormen de 'druppel die de emmer doet overlopen'?
– Het verband tussen copingstrategieën van slachtoffers, de vorm van mishandeling en de relatie met de pleger (hoofdstuk 2) geven aanleiding tot nader onderzoek naar deze

factoren. Bovendien kunnen we dan de samenhang tussen copingstrategieën en de relatie tussen pleger en slachtoffer in kaart brengen, en interventies hierop laten aansluiten.

- We weten weinig over het effect van handelingsperspectieven (zoals voorlichten, bespreken, melden, begeleiden) op het voorkomen of stoppen van ouderenmishandeling.
- We hebben geen theoretisch model voor verklaring van het proces dat leidt tot de mishandeling. Dergelijke modellen voor thuissituaties en voor zorginstellingen kunnen aanknoping zijn voor beleid ter preventie en bestrijding van ouderenmishandeling.

Overige hiaten

- We weten weinig over het type pleger. Zo weten we niet of ouderenmishandeling vaker wordt gepleegd door mantelzorgers, professionals in thuiszorg, professionals in instellingen of zorgvrijwilligers. Evenmin weten we of typen plegers verschillen in vormen van ouderenmishandeling.
- Ook is er relatief weinig over de mogelijke melders van ouderenmishandeling. Wanneer gaan mensen over tot melding? Welke omstandigheden kunnen er voor zorgen dat ze gaan melden? Als we meldpatronen beter begrijpen, kunnen we meldingsmogelijkheden beter laten aansluiten op de ervaringen van slachtoffers.

Tot slot

De actuele bronnen over de omvang, aard en oorzaken van ouderenmishandeling geven ons meer zicht op het fenomeen. Ze laten ook zien dat de verschillende perspectieven van deze bronnen tot verschillende inzichten leiden als we meer willen weten over aantallen slachtoffers. Om meer zicht te krijgen op de omvang is het verstandig om in vervolgonderzoek gebruik te maken van deze verschillende perspectieven. Maar welke methode ook wordt gebruikt, het zal moeilijk blijven om zicht te krijgen op alle slachtoffers. Bedenk bovendien dat de term 'ouderenmishandeling' wel gangbaar is in de zorg en het beleid, maar zwaar overkomt bij onopzettelijke situaties die ontstaan door onwetendheid, onhandigheid of overbelasting van welwillende (mantel)zorgers.

Tabel 7.1
Overzicht van actuele kennis over omvang, aard en oorzaken van ouderenmishandeling in Nederland

bron	ouderenmishandeling of huiselijk geweld	omvang	oorzaken / risicofactoren	vormen	type pleger
Leyden Academy on Vitality and Ageing	ouderenmishandeling, beelden van ouderen (slachtoffers en niet-mishandelde ouderen) en deskundigen	–	– interpersoonlijk: (wederzijdse) afhankelijkheid, macht, controle. – intrapersoonlijk: sociale isolatie – sociaalmaatschappelijk: *ageism*, marginalisatie ouderen	– alle vormen – ouderen zelf zien vooral fysiek en intentioneel geweld – financiële uitbuiting het meest bespreekbaar	– huiselijke kring en professionals – vaak persoonlijke (financiële, psychische, verslavings-) problemen
GGD-Gezondheids-monitor	huiselijk geweld, door oudere deelnemers van schriftelijke vragenlijst	0,5%, in afgelopen 5 jaar	– vrouw – eenzaamheid, depressieve symptomen – moeite met rondkomen, hoog opgeleid – kwetsbaarheid	– psychisch 84% – lichamelijk 35% – seksueel 5%	– voornamelijk in huiselijke kring – partner 55% – (stief)kind 17%
registratie SHG's	ouderenmishandeling in huiselijke kring, registraties n.a.v. meldingen door professionals, vrijwilligers, familie of oudere zelf	2432 cases	– slachtoffer is vaker een vrouw, – relatief meer slachtoffers in hogere leeftijdsgroepen	in 2014: – psychisch 73% – lichamelijk 46% – financieel 37% – verwaarlozing 12% – seksueel 2%	– huiselijke kring, kinderen het meest, daarna partners, dan overige

Tabel 7.1
(Vervolg)

bron	ouderenmishandeling of huiselijk geweld	omvang	oorzaken / risicofactoren	vormen	type pleger
Barometer, onderzoek Verwey-Jonker Instituut	ouderenmishandeling, gezien door professionals en vrijwilligers in zorg en welzijn	40% – 50% van de professionals kent gevallen	– ontspoorde zorg lijkt twee keer zo vaak rol te spelen als opzettelijke mishandeling	– psychisch 63% – lichamelijk 26% – financieel 48% – verwaarlozing 31% – seksueel 2%	– professionals en huiselijke kring – ontspoorde zorg bij 4 op de 10 – opzettelijk geweld bijna 1 op de 5
meldpunt ouderen-mishandeling IGZ	ouderenmishandeling, gezien door professionals of vrijwilligers (alleen bij ouderen in instellingen)	67 casus, waarvan 35 bewezen	– kwart van de gevallen is opzettelijk gepleegd, de rest is 'ontspoorde zorg' – cultuur in team speelt rol	– psychisch 26% – lichamelijk 49% – financieel 9% – seksueel 9%	– professionals (76%) – leerlingen (12%) vrijwilligers (16%)

Bron: SCP

Noot

1 Schatting van het ministerie van vws, waarin rekening is gehouden met verschillende prevalenties in bepaalde risicogroepen naar leeftijd en gezondheidsproblemen.

Summary

Elder abuse in the Netherlands

Current knowledge on the extent and background of abuse committed against older persons

The term 'elder abuse'

Older people who are dependent on the help and support of others because of changes in their physical or mental health can become victims of abuse. This may take the form of psychological or physical abuse, neglect, sexual abuse or financial exploitation by someone they know and on whom they depend. This can happen both to older persons living independently in the community and those living in care institutions. The perpetrator may be someone from their household circle or from a professional setting. Elder abuse is sometimes carried out deliberately, but can also be due to care that falls short because of overstrain or lack of expertise on the part of informal carers or professionals. The term 'elder abuse', though used in the care sector and in policy, often sounds excessive, especially when used to describe a situation where care that has fallen short. Systematically responding in a brusque way to an older person who needs attention, or buying something for oneself when shopping for an older person is certainly not something to be defended, but will in many cases not amount to abuse. Given the lack of an alternative, however, we use the term 'elder abuse' in this report. This container term therefore covers both very severe and very mild forms of abuse.

Background to this study

The number of older people in the population, and therefore the number of older people who are dependent on care, is growing. Based on a 1996 survey, an estimated 200,000 people in the Netherlands are victims of elder abuse each year. However, as that survey is twenty years old, there is a great need for information on the current nature, extent and causes of elder abuse. At the request of the Dutch State Secretary for Health, Welfare and Sport, the Netherlands Institute for Social Research | SCP has brought together the current knowledge on this topic using the most recent data drawn from qualitative research, surveys of older persons, professionals and volunteers, and record data. This report also reveals the gaps in the knowledge about elder abuse, which could be the subject of follow-up research that the State Secretary wishes to be carried out.

Outcomes of qualitative research

The Leyden Academy on Vitality and Ageing (Leiden University) carried out qualitative research to determine what those concerned understand by elder abuse and what they see as its causes. The information was gathered through individual interviews with victims,

non-abused older persons and professionals, as well as group discussions with experts, policymakers, carers and members of support groups. Based on a literature review, common explanations for the occurrence of elder abuse were divided into factors associated with characteristics of the older person themselves (intrapersonal), factors associated with their relationships with others (interpersonal) and factors associated with the setting. Older persons themselves, and to a lesser extent experts and professionals, also refer to the marginalised position of older people in society and their feeling of being regarded by society as having less worth, thus increasing their risk of being victims. Loneliness and lack of control are also important risk factors.
Mention was made in the interviews of the fact that the relationship of dependence between victim and perpetrator is often a mutual one: the older person is dependent on the perpetrator of the abuse for help, but the perpetrator is often dependent on the older person, too, for example for housing or finance. Dependence is tied up with mixed feelings of vulnerability and the desire for independence. This is reported by both older persons themselves and by professionals and experts, whereas it is not something that is found in the research literature. One suggested reason for the fact that elder abuse often goes undetected is that victims, afraid of not being taken seriously, do not readily recognise themselves as abused. Older persons believe that elder abuse relates only to situations where there is clear and deliberate damage or injury caused by the perpetrator. Abused older persons often do not call for help out of shame or fear about reactions from others.

Outcomes of survey of older persons

In a large-scale survey of members of the older population in the Netherlands (155,000 respondents) carried out in 2012 by the Municipal Health Services (GGD Health Monitor), people were asked whether they had been victims of domestic violence (chapter 3 of this report). Although elder abuse does not coincide precisely with domestic violence, and we thus cannot be certain whether this survey identifies 'genuine' elder abuse, there is an overlap. The survey showed that 0.5% of older persons had encountered domestic violence during the past five years; that equates to around 15,000 victims. Bearing in mind that respondents in this survey were not asked about financial exploitation or neglect, this is probably an underestimate of the actual number. One reason may be that older persons who are at greatest risk of abuse, such as those who are very elderly, vulnerable and heavily dependent, do not take part in such surveys because they are no longer able to or the perpetrator prevents them from doing so. Another reason may be that the older persons concerned do not recognise themselves as victims due to the way the question as framed.
Psychological abuse is the most common; sexual violence occurs only occasionally. Perpetratos are most often current or former partners.
Women, older persons in poor health and older persons who have difficulty making ends meet are more often victims. Loneliness, depression and feelings of anxiety are also risk factors. Relatively young older persons and those with a higher education level are also

more often victims of abuse. This may be a distortion of reality: the very elderly generally do not participate in surveys, and higher-educated older persons perhaps more readily recognise themselves as victims.

Outcomes of analysis of reports to Domestic Violence Support Centres

Elder abuse in a domestic setting (i.e. not committed by carers) can be reported to a Domestic Violence Support Centre (Steunpunt Huiselijk Geweld – SHG).[1] The victims are mainly older persons living independently. These reports are collected by the Netherlands Centre for Social Development (Movisie) (chapter 4). The number of reports is rising annually: in the first half of 2014, 1,114 cases were recorded, with an estimated 2,432 cases for 2014 as a whole. It should be borne in mind here that the Support Centres mainly receive reports of clear and serious forms of elder abuse. Only a minority of cases are reported by the victim themselves (one in eight); most (two-thirds) are reported by care and welfare professionals or by the police. More than half the cases involve psychological abuse, followed by physical violence and financial abuse. Different forms of abuse often occur together. The abuse is committed most often by children, followed by partners.

Outcomes of Elder Abuse Barometer survey

Among older persons' care and welfare professionals and volunteers who took part in the online Barometer survey conducted by the Verwey-Jonker Institute (chapter 5), 40%-50% recognised at least one case of elder abuse. Since several respondents may be reporting the same case, we cannot calculate how many victims this represents. However, the percentage does provide an insight into the extent to which professionals and volunteers identify elder abuse.

This abuse most often takes the form of psychological violence, followed by financial exploitation, neglect and physical abuse. Sexual abuse is by far the least common.

The perpetrators are most often children, partners and other family members, but in 15%-20% of cases the perpetrator was a professional.

The abuse is often not committed deliberately. Most cases involve care that falls short, or else it is not possible to determine whether the abuse is deliberate. It is also worth bearing in mind that respondents to surveys of this kind can also themselves be perpetrators, but keep silent about this.

Findings from reports to the Health Care Inspectorate

The last source available for this report is the Dutch Health Care Inspectorate (IGZ). Between July 2011 and July 2014, 67 reports were received of suspected elder abuse in care institutions committed by professionals, trainees or volunteers (chapter 6). The abuse was proven in 35 cases. It most often involved physical violence, followed by psychological violence. Sexual violence and financial abuse were each reported in 10% of cases.

The highest percentage of victims is in the oldest age group: more than half of them are aged 85 or older.

Supplementary interviews with professionals revealed that elder abuse is difficult to discuss. According to the interviewees, overstrain and the team culture play a key role in sparking off elder abuse. The term 'abuse' is felt to be excessive to describe care that has fallen short of the expected standard. People also wrestle with how best to deal with the phenomenon. Reporting a serious incident to the authorities or the police has adverse consequences for the institution itself and can cause unrest among residents. According to the interviewees, reporting an incident to the IGZ has serious consequences and the institution does not always feel it is supported. However, interviewees also believe there is a growing awareness that abuse can also happen within institutions, and they regard this as a positive trend. The publication of the guideline 'Safe care relationship' ('Veilige zorgrelatie')[2] has made it easier to discuss cases of abuse.

Tip of the iceberg

The sources used in compiling this report differ widely and therefore do not produce an unambiguous number of victims of elder abuse in the Netherlands (chapter 7). Each of them provides only a partial picture and probably represents no more than the tip of the iceberg. All sources used in this report produce lower figures than the estimated 200,000 based on the research from twenty years ago.
We can however see from the figures that the number of reports to Domestic Violence Support Centres is rising and that professionals are also seeing elder abuse. The rise in the number of reports appears to be due mainly to increased awareness of the phenomenon among professionals, and possibly among older persons and their families as well. Psychological violence appears to be the most common form, but financial abuse and physical violence also occur; sexual abuse is relatively rare.

Conclusion

The conclusion is that we have only a partial picture of the actual number of victims of elder abuse in the Netherlands. We know a little more about the victims, perpetrators and risk factors, but there are lots of gaps in our knowledge. There is also no underlying causal model to explain how elder abuse arises in domestic settings and care institutions.
Our study shows that different sources (qualitative and quantitative research, interviews, records and surveys) produce different pictures. Combining these sources therefore offers great added value.
Research on the prevalence of elder abuse is very difficult, and there are strong suspicions that, whichever method is used, a proportion of victims will always remain hidden.

Notes

1 Merged since 1 January 2015 with the Child Abuse Advice and Support Centres to create Veilig Thuis, Advies- en Meldpunten Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (Safe at Home; Domestic Violence and Child Abuse Advice and Support Centres).

2 The guideline focuses on the actions of staff and volunteers in care organisations and is intended to prevent unacceptable behaviour or abuse by them towards clients, or to identify and address it at an early stage.

Literatuur

Acierno, R., M. Hernandez, A. Amstadter, H. Resnick, K. Steve, W. Muzzy en D. Kilpatrick (2010). Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. In: *American Journal of Public Health*, jg. 100, nr, 2, p. 292-297.

Andrews, G. en T. Slade (2001). Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). In: *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, jg.25, nr.6, p. 494-497.

Anetzberger, G. (2004). The reality of elder abuse. In: *Clinical Gerontologist*, jg. 28, nr. 1, p. 1-25.

Arcon (2013). *Langer zelfstandig wonen: Een onderzoek naar woonzorgconcepten voor ouderen*. Borne: Arcon.

Baker, A.A. (1975). Granny-battering. In: *Modern Geriatrics*, jg. 5, nr. 8, p. 20–24.

Bancroft, L. (2002). *Why does he do that?* New York: Berkley Books.

Bardelmeijer, E.A.M. (2004). *Ouderenmishandeling in het verpleeghuis. Ervaringen, kennis en behoeften van verpleeghuisartsen* (scriptie). Nijmegen: Radboud Universiteit.

Bardelmeijer, E.A.M. en J.M.G.A. Schols (2008). Ouderenmishandeling. In: *Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde*, jg. 33, nr. 3, p. 68-71.

Bennett, G., P. Kingston en B. Penhale (1997). *The dimensions of elder abuse. Perspectives for practitioners.* Londen: Palgrave Macmillan Press.

Biggs, S., C. Phillipson en P. Kingston (1995). *Elder abuse in perspective.* Buckingham-Philadelphia: Open University Press.

Biggs, S., J. Manthorpe, A. Tinker, M. Doyle, en B. Erens (2009). Mistreatment of older people in the United Kingdom: Findings from the first national prevalence study. In: *Journal of Elder Abuse & Neglect*, jg. 21, nr.1, p. 1-14.

Biggs, S. en I. Haapala (2010). Theoretical Development and Elder Mistreatment: Spreading Awareness and Conceptual Complexity in Examining the Management of Socio-Emotional Boundaries. In: *Ageing International*, jg. 25, nr. 3, p. 171-184.

Block, M.R. en I. Sinnott (1979). The Battered Elder Syndrome. University of Maryland Press, Maryland.

Bolscher, A. en M.J. Smits (2014). Leidraad Veilige Zorgrelatie: Handvatten voor bewustwording, preventie en interventie bij grensoverschrijdend gedrag en mishandeling in de professionele zorgrelatie. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Bonnie, R.J. en R.B. Wallace (red.) (2003). *Elder Mistreatment. Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America.* Washington, DC: The National Academies Press.

Bonnie, R.J. en R.B. Wallace (red.), National Research Council, Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect (2003). *Elder Mistreatment. Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America.* Washington, DC: The National Academies Press, Committee on National Statistics and Committee on Law and Justice, Division of Behavioral and Social Sciences and Education.

Bullers, S., L. Cooper en M. Russell (2001). Social network drinking and adult alcohol involvement: A longitudinal exploration of the direction of influence. In: *Addictive Behaviors*, jg. 26, nr. 2, p. 181-199.

Burgess, A. W., M.L. Commons, M.E. Safarik, R.R. Looper en S.N. Ross (2007). Sex offenders of the elderly: Classification by motive, typology, and predictors of severity of crime. In: *Aggression and violent behavior*, jg. 12, nr. 5, p. 582-597.

Burston, G.R. (1975). Letter: Granny battering. In: *British Medical Journal*, jg. 3, nr. 5983, p. 592.

Bužgová, R. en K. Ivanová (2009). Elder abuse and mistreatment in residential settings. In: *Nursing Ethics*, jg. 16, nr. 1, p. 110-126.

Carney, M., F. Kahan en B. Paris (2003). Elder abuse: is every bruise a sign of abuse? In: *The Mount Sinai Journal of Medicine*, jg. 70, p. 69-74.

CBS (2015). *Verschillen tussen de Gezondheidsmonitor en de Gezondheidsenquête*. Geraadpleegd 4 april 2015 op www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/methoden/dataverzameling/overige-dataverzameling/2013-verschillen-gezondheidsmonitor-ge.htm.

Comijs, H. (1999). *Elder mistreatment: Prevalence, risk indicators and consequences* (proefschrift). Amsterdam: Vrije Universiteit.

Comijs, H.C., C. Jonker, A.M. Pot en J.H. Smit (1996). *Agressie tegen en benadeling van ouderen. Een onderzoek naar ouderenmishandeling.* Amsterdam: Vrije Universiteit.

Comijs, H.C., A.M. Pot, J.H. Smit, L.M. Bouter en C. Jonker (1998). Elder abuse in the community: prevalence and consequences. In: *Journal of the American Geriatrics Society*, jg. 46, nr. 7, p. 885-888.

Dijk, T. van, M. van Veen en E. Cox (2010). *Slachtofferschap van huiselijk geweld. Aard, omvang, omstandigheden en hulpzoekgedrag*. Hilversum: Intomart.

Draak, M. den (2010). *Oudere tehuisbewoners: Landelijk overzicht van de leefsituatie van ouderen in instellingen 2008/2009*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Draak, M. den en C. van Campen (2011). Kwetsbare ouderen in Nederland. In: C. van Campen (red.), *Kwetsbare ouderen* (p. 51-65). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Drewes, H., J.W. Weenink en T. Kool (2012). *Disfunctioneren van zorgverleners in de Nederlandse gezondheidszorg: definiëring, signalering en het treffen van maatregelen.* Nijmegen: IQ Healthcare UMC Radboud.

Eastman, M. (1982). Granny battering, a hidden problem. In: *Community Care*, jg. 413, nr. 27, p. 12-13.

Eastman, M. (1984). *Old Age Abuse.* Mitcham. Surrey: Age Concern England.

Ferwerda, H.B. (1998). Over ontkenning en erkenning van geweld op school. In: J.D. van der Ploeg en T. Mooij (red.), *Geweld op school. Achtergronden, omvang, oorzaak, preventie en aanpak* (p. 155-162). Rotterdam: Lemniscaat.

Ferwerda, H. en M. Hardeman (2013). *Kijk... dan zie je het! Huiselijk geweld geteld en verdiept. Cijfers 2010 t/m 2012.* Arnhem: Bureau Beke.

GfK (2009). *Onderzoeksverantwoording Ouderen In Instellingen 2008*. Dongen: GfK Panel Services Benelux.

Glaser, B. en A. Strauss (1967). *The discovery grounded theory: strategies for qualitative inquiry*. Londen, England: Wiedenfeld and Nicholson.

GGD/GHOR (2012). *Huiselijk geweld – basis vragenset*. Geraadpleegd 2 april 2015 op www.monitorgezondheid.nl/gezondheidindicatoren.aspx.

Gobbens, R., M. van Assen, K. Luijkx, M. Wijnen-Sponselee en J. Schols (2010). The Tilburg Frailty Indicator: Psychometric Properties. In: *Journal of the American Medical Directors Association*, jg. 11, nr. 5, p. 344-355.

Gruijter, M. de en V. Los (2014). *Samen sterk tegen ouderenmishandeling in Gelderland-Zuid. Nulmeting Barometer Ouderenmishandeling*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Gruijter, M. de en R. Verwijs (2010). *Interculturele aspecten van ouderenmishandeling*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Heerwaarden, Y. van en K. Schaafsma (2005). *Je ziet het pas als je het gelooft. Preventie en bestrijding van ouderenmishandeling*. Amsterdam: DSP Groep.

Huijsman, R. (2012). Decennialang zoeken naar gepaste ouderenzorg. In: *ESB gezondheidszorg*, nr. 97, p. 94-101.

Kessler, R.C., G. Andrews, L.J. Colpe, E. Hiripi, K. Mroczek, S.L.T. Normand, E.E. Walters en A.M. Zaslavsky (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. In: *Psychological Medicine*, jg. 32, nr. 6, p. 959-956.

Klein, M. van der en M. Stavenuiter (2013). Gemeente, bied ouderen veiligheid. In: *WMO-magazine*, maart 2013, p. 13-17.

Klein, M. van der en R. Verwijs (2012). *Vrijwilligers tegen ouderenmishandeling*. Den Haag / Utrecht: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport / Verwey-Jonker Instituut.

Kleinschmidt, K. C. (1997). Elder abuse: A review. In: *Annals of Emergency Medicine*, jg. 3, nr. 4, p. 463-472.

Korbin, J. E., G. Anetzberger en C. Austin (1995). The intergenerational cycle of violence in child and elder abuse. In: *Journal of Elder Abuse and Neglect*, jg. 7, nr. 1, p. 1-15.

Lachs, M. en K.l. Pillemer (2004). Elder abuse. In: *The Lancet*, jg. 364, p. 1263-1272.

Laub, J.H. (1997). Patterns of Criminal Victimization in the United States. In: R.C. Davis, A.J. Lurigio en W.G. Skogan (red.), *Victims of Crime* (p. 9-26). Thousand Oaks: Sage.

Los, V. en M. de Gruijter (2014). *Samen sterk tegen ouderenmishandeling in Gelderland-Zuid. Tussenmeting Barometer Ouderenmishandeling*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Lowenstein, A., Z. Eisikovits, T. Band-Winterstein en G. Enosh (2009). Is Elder Abuse and Neglect a Social Phenomenon? Data from the First National Prevalence Survey in Israel. In: *Journal of Elder Abuse & Neglect*, jg. 21, nr. 3, p. 253-277.

Luoma, M.-L., M. Koivusilta, G. Lang, E. Enzenhofer, L. De Donder, D. Verté, J. Reingarde, I. Tamutiene, J. Ferreira-Alves, A.J. Santos en B. Penhale (2011). *Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women. Results of a Multi-cultural Survey in Austria, Belgium, Finland, Lithuania, and Portugal (European Report of the AVOW Project).* Finland: National Institute for Health and Welfare.

Lynch, J. (1993). Secondary analysis of international crime survey data. In: A. Alvazzi del Frate, U. Zvekic en J. van Dijk (red.), *Understanding crime: Experiences of crime and crime control* (p. 175-192). Rome: UNICRI.

Lynch, S. (1997). Elder abuse, what to look for, how to intervene. In: *American Journal of Nursing*, jg. 97, p. 27-33.

Macassa, G., E. Viitasara, Ö. Sundin, H. Barros, F. Torres Gonzales, E. Ioannidi-Kapolou, M. Maria Gabriella, J. Lindert, M. Stankunas en J. Soares (2013). Psychological abuse among older persons in Europe: a cross-sectional study. In: *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, jg. 5, nr. 1, p. 16-34.

Maurits, E.E.M., A.J.E. de Veer en A.L. Francke (2014). *Omgaan met disfunctionerende zorgverleners in thuiszorg en huisartsenpraktijk. Ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondernemers.* Utrecht: NIVEL.

McGuire, P. en T. Fulmer (1996). Elder abuse. In: C.K. Cassel, R. Leipzig, H.J. Cohen, E.B. Larson en D.E Meier (red.), *Geriatric Medicine, an Evidence-Based Approach*. New York: Springer Verlag.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2011). *Actieplan 'Ouderen in veilige handen'*. Geraadpleegd 25 november 2014 via www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2011/03/30/actieplan-ouderen-in-veilige-handen.html

Moerman, M., J. Terpstra, E. Poort en A. Venemans (2014). *Volwassenen- en ouderenmonitor GGD Gelderland-Zuid: Een gezondheidsonderzoek onder volwassen inwoners van regio Gelderland-Zuid naar gezondheid, welzijn, wonen, zorg en leefstijl.* Nijmegen / Tiel: GGD Gelderland-Zuid.

Movisie (2009). *Factsheet ouderenmishandeling. Herziene uitgave, mei 2009*. Utrecht: Movisie.

Movisie (2010). *Factsheet ouderenmishandeling. Factsheet IV. Ontspoorde zorg, risico op ouderenmishandeling bij mantelzorg. Januari 2010*. Te downloaden op www.movisie.nl/sites/default/files/Factsheet%20Ouderenmishandeling%20-%20IV%20Ontspoorde%20zorg.pdf. Utrecht: Movisie.

Movisie (2012). *Factsheet cijfers meldingen ouderenmishandeling 2012. Juni 2013*. Te downloaden op www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Factsheet-Cijfers-meldingen-Ouderenmishandeling-2012%20[MOV-3045334-1.0].pdf. Utrecht: Movisie.

Movisie (2013). *Factsheet ontspoorde mantelzorg.* Te downloaden op: www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Factsheet%20ontspoorde%20mantelzorg%20[MOV-695455-1.1].pdf. Utrecht: Movisie.

Mysyuk Y. (nog te verschijnen). *Perspectives on elder abuse in the Netherlands* (proefschrift). Leiden: Universiteit Leiden.

Mysyuk, Y., R.G.J. Westendorp en J. Lindenberg (2013a). Added value of elder abuse definitions: a review. In: *Ageing Research Review*, jg. 12, nr. 1, p. 50-57.

Mysyuk, Y., R.G.J. Westendorp en J. Lindenberg (2013b). Framing abuse: explaining the incidence, perpetuation, and intervention in elder abuse. In: *International Psychogeriatrics*, jg. 25, nr. 8, p. 1267-1274.

Mysyuk, Y., R.G.J. Westendorp en J. Lindenberg (2015). Perspectives on the etiology of violence in later life. In: *Journal of Interpersonal Violence*, DOI: 10.1177/0886260515584338.

Mysyuk, Y., R.G.J. Westendorp en J. Lindenberg (nog te verschijnen a). How older persons explain why they became victims of abuse. In: *Age of Ageing (under review)*.

Mysyuk, Y., R.G.J. Westendorp en J. Lindenberg (nog te verschijnen b). Older persons' definitions and explanations of elder abuse. In: *Journal of Elder Abuse and Neglect*.

Naughton, C., J. Drennan, I. Lyons, A. Lafferty, M. Treacy, A. Phelan, A. O'Loughlin en L. Delaney (2012). Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey. In: *Age and Ageing*, jg. 41, nr. 1, p. 98-103.

Nimwegen, N. van en C. van Praag (red.) (2012). *Bevolkingsvraagstukken in Nederland anno 2012. Actief ouder worden in Nederland*. Amsterdam: University Press.

O'Keeffe, M., A. Hills, M. Doyle, Cl. McCreadie, S. Scholes, R. Constantine, A. Tinker, J. Manthorpe, S. Biggs en B. Erens (2007). *UK Study of Abuse and Neglect of Older People: Prevalence Survey Report*. Londen: National Centre for Social Research en King's College London.

O'Malley, H., H. Sgel en R. Perez (1979). *Elder abuse in Massachusetts*. Boston: Legal Research and Services to the Elderly.

Olofsson, N., K. Lindqvist and I. Danielsson (2012). Fear of crime and psychological and physical abuse associated with ill health in a Swedish population aged 65-84 years. In: *Public Health*, jg. 126, nr. 4, p. 358-364.

Phillips, L. (1986). Theoretical explanations of elder abuse: competing hypotheses and unresolved issues. In: K. Pillemer en R. Wolf (red.), *Elder abuse: Conflict in the family* (p. 197-217). Dover, MA: Auburn House.

Pillemer, K. (1986). Risk factors in elder abuse: results from a case control study. In: K. Pillemer en R. Wolf (red.), *Elder abuse: Conflict in the family* (p. 239-264). Dover, MA: Auburn House.

Pillemer, K. en D. Finkelhor (1988). The prevalence of elder abuse: a random sample survey. In: *The Gerontologist*, jg. 28, nr. 1, p. 51-57.

Pillemer, K. en D.W. Moore (1989). Abuse of patients in nursing homes: findings from a survey of staff. In: *The Gerontologist*, jg. 29, p. 437-443.

Plaisier, I. en M. de Klerk (2014). *Ouderenmishandeling. Advies over onderzoek naar aard en omvang van misbruik van en geweld tegen ouderen in afhankelijkheidsrelaties.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Plaisier, I. en M. de Klerk (2015). *Zicht op Zorggebruik; Ontwikkelingen in het gebruik van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging tussen 2004 en 2011.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Royers, T. en M. van Bavel (2012). *Oud Leed, Basisboek ouderenmishandeling.* Amsterdam / Utrecht: SWP en Movisie.

Shinoda-Tagawa, T., R. Leonard, J. Pontikas, J.E. McDonough, D. Allen, en P.I. Dreyer (2004). Resident-to-resident violent incidents in nursing homes. In: *Journal of the American Medical Association*, jg. 291, p. 591-598.

Sillman, J. (2004). *Elder abuse*. Geraadpleegd op 16 januari 2015 op www.uptodate.com.

Skogan, W.G. (1986). Methodological issues in the study of victimization. In: E. Fattah (red.), *From crime policy to victim policy: Reorienting the justice system* (p. 80-116). Basingstoke: Macmillan.

Soares, J., H. Barros, F. Torres-Gonzales, E. Ioannidi-Kapolou, G. Lamura, J. Lindert, J. de Dios Luna, G. Macassa, M. G. Melchiorre en M. Stank (2010). *Abuse and health among elderly in Europe.* Kaunas: Lithuanian University of Health Sciences Press.

Straus, M. A. (2007). Conflict Tactics Scales. In: N.A. Jackson (red.), *Encyclopedia of Domestic Violence* (p. 190-197). New York: Routledge, Taylor & Francis.

TK (2010/2011). *Actieplan 'Ouderen in veilige handen'.* Brief aan de Tweede Kamer van 11 maart 2011. Tweede Kamer, vergaderjaar 2010/2011, 29389, nr. 30.

Veen, H.C.J. en S. Bogaerts (2010). *Huiselijk geweld in Nederland. Overkoepelend syntheserapport van het vangst-hervangst-, slachtoffer- en daderonderzoek 2007-2010* (288). Den Haag: Boom Juridische uitgevers.

WHO (2002). *Active ageing: a policy framework. Geneva*. Geraadpleegd 17 november 2014 via http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf.

WHO (2011). *Elder Maltreatment, Factsheet 357*. Geraadpleegd 17 maart 2014 via www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en

Wisselink, I. (2004). Ouderenmishandeling, de stand van zaken. Wat is het en wat doen we er aan? In: *Denkbeeld*, jg. 16, nr.4, p. 106-107.

Wolf, R.S., M.A. Godkin en K.A. Pillemer (1986). Maltreatment of the elderly: A comparative analysis. In: *Pride Institute Journal of Long Term Home Health Care*, jg. 5, nr. 4, p. 10-17.

Wu, L., H. Chen, Y. Hu, H. Xiang, X. Yu, T. Zhang, Z. Cao en Y. Wang (2012). Prevalence and Associated Factors of Elder Mistreatment in a Rural Community in People's Republic of China: A Cross-Sectional Study. In: *PLoS ONE*, jg. 7, nr. 3, DOI: 10.1371/journal.pone.0033857.

Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt twee keer per jaar zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma is te vinden op de website van het SCP: www.scp.nl.

SCP-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze publicaties zijn in gedrukte vorm verkrijgbaar bij de (internet)boekhandel en zijn als pdf gratis te downloaden via www.scp.nl. Een complete lijst is te vinden op www.scp.nl/publicaties.

Sociaal en Cultureel Rapporten

Betrekkelijke betrokkenheid. Studies in sociale cohesie. Sociaal en Cultureel Rapport 2008. ISBN 978 90 377 0368-9
Wisseling van de wacht: generaties in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2010. Andries van den Broek, Ria Bronneman-Helmers en Vic Veldheer (red.). ISBN 978 90 377 0505 8
Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Sociaal en Cultureel Rapport 2012. Vic Veldheer, Jedid-Jah Jonker, Lonneke van Noije, Cok Vrooman (red.). ISBN 978 90 377 0623 9
Verschil in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2014. Cok Vrooman, Mérove Gijsberts, Jeroen Boelhouwer (red). ISBN 978 90 377 0724 3

SCP-publicaties 2014

2014-1 *Kansen voor vakmanschap in het mbo. Een verkenning* (2014). Monique Turkenburg m.m.v. Lenie van den Bulk (CED-groep) en Ria Vogels (SCP). ISBN 978 90 377 0637 6
2014-2 *Jaarrapport integratie 2013. Participatie van migranten op de arbeidsmarkt* (2014). Willem Huijnk, Mérove Gijsberts, Jaco Dagevos. ISBN 978 90 377 0697 0
2014-3 *Ervaren discriminatie in Nederland* (2013). Iris Andriessen, Henk Fernee en Karin Wittebrood. ISBN 978 90 377 0672 7 (elektronische publicatie)
2014-4 *Samenvatting en conclusies van Sterke steden, gemengde wijken* (2014). Jeanet Kullberg, Matthieu Permentier, m.m.v. Emily Miltenburg. ISBN 978 90 377 0696 3 (elektronische publicatie)
2014-5 *Perceived discrimination in the Netherlands* (2014). Iris Andriessen, Henk Fernee en Karin Wittebrood. ISBN 978 90 377 0699 4 (elektronische publicatie)
2014-6 *De Wmo-uitgaven van gemeenten in 2010* (2014). Barbara Wapstra, Lieke Salomé en Nelleke Koppelman. ISBN 978 90 377 0698 7 (elektronische publicatie)
2014-7 *Burgermacht op eigen kracht? Een brede verkenning van ontwikkelingen in burgerparticipatie* (2014). Pepijn van Houwelingen, Anita Boele, Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0635 2
2014-8 *Uitstappers en doorzetters. De persoonlijke en sociale context van sportdeelname en tijdsbesteding aan sport* (2014). Annet Tiessen-Raaphorst (red.), Remko van den Dool en Ria Vogels. ISBN 978 90 377 0700 7
2014-9 *Who cares in Europe. A comparison of long-term care for the over-50s in sixteen European countries* (2014). Debbie Verbeek-Oudijk, Isolde Woittiez, Evelien Eggink en Lisa Putman. ISBN 978 90 3770 681 9 (elektronische publicatie)

2014-10 *Geloven binnen en buiten verband. Godsdienstige ontwikkelingen in Nederland* (2014). Joep de Hart. ISBN 978 90 377 0636 9

2014-11 *Replicatie van het meetinstrument voor sociale uitsluiting* (2014). Stella Hoff. ISBN 978 90 377 0674 1 (elektronische publicatie)

2014-12 *Vraag naar arbeid 2013* (2014). Patricia van Echtelt, Jan Dirk Vlasblom, Marian de Voogd-Hamelink. ISBN 978 90 377 0707 6

2014-13 *De Wmo in beweging; Evaluatie Wet maatschappelijke ondersteuning 2010-2012* (2014). Mariska Kromhout, Peteke Feijten, Frieke Vonk, Mirjam de Klerk, Anna Maria Marangos, Wouter Mensink, Maaike den Draak, Alice de Boer, m.m.v. Jurjen Iedema. ISBN 978 90 377 0706 9

2014-14 *Anders in de klas. Evaluatie van de pilot Sociale veiligheid LHBT-jongeren op school* (2014). Freek Bucx en Femke van der Sman. ISBN 978 90 377 0703 8

2014-15 *Leven met intersekse/DSD. Een verkennend onderzoek naar de leefsituatie van personen met intersekse/DSD* (2014). Jantine van Lisdonk. ISBN 978 90 377 0705 2 (elektronische publicatie)

2014-16 *Leergeld. Veranderingen in de financiële positie van het voortgezet onderwijs en verschillen tussen besturen* (2014). Lex Herweijer, Evelien Eggink, Evert Pommer, Jedid-Jah Jonker, m.m.v. Ingrid Ooms en Saskia Jansen. ISBN 978 90 377 0708 3

2014-17 *Verdelen op niveaus. Een multiniveaumodel voor de verdeling van het inkomensdeel van de Participatiewet over gemeenten* (2014). Arjan Soede en Maroesjka Versantvoort ISBN 978 90 377 0711 3 (elektronische publicatie)

2014-18 *De Wmo in beweging. Beknopte samenvatting. Evaluatie Wet maatschappelijke ondersteuning 2010-2012* (2014). Mariska Kromhout, Peteke Feijten, Frieke Vonk, Mirjam de Klerk, Anna Maria Marangos, Wouter Mensink, Maaike den Draak, Alice de Boer, m.m.v. Jurjen Iedema. ISBN 978 90 377 0712 0

2014-19 *Anders in de klas. Journalistieke samenvatting. Evaluatie van de pilot Sociale veiligheid LHBT-jongeren op school* (2014). Karolien Bais, Freek Bucx, Femke van der Sman, m.m.v. Charlotte Jalvingh. ISBN 978 90 377 0713 7 (elektronische publicatie)

2014-20 *Rijk geschakeeerd. Op weg naar de participatiesamenleving* (2014). Kim Putters. ISBN 978 90 377 0715 1

2014-21 *Ouderenmishandeling. Advies over onderzoek naar aard en omvang van misbruik en geweld tegen ouderen in afhankelijkheidsrelaties* (2014). Inger Plaisier en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0716 8 (elektronische publicatie)

2014-22 *Huwelijksmigratie in Nederland. Achtergronden en leefsituatie van huwelijksmigranten* (2014). Leen Sterckx, Jaco Dagevos, Willem Huijnk, Jantine van Lisdonk. ISBN 978 90 377 0702 1

2014-23 *Living with intersexe/DSD. An exploratory study of the social situation of persons with intersex/DSD* (2014). Jantine van Lisdonk. ISBN 978 90 377 0717 5.

2014-24 *Poolse, Bulgaarse en Roemeense kinderen in Nederland. Een verkenning van hun leefsituatie* (2014). Ria Vogels, Mérove Gijsberts en Maaike den Draak. ISBN 978 90 377 0719 9 (elektronische publicatie)

2014-25 *Krimp in de kinderopvang. Ouders over kinderopvang en werk* (2014). Wil Portegijs, Mariëlle Cloïn en Ans Merens. ISBN 978 90 377 0718 2.

2014-26 *Op zoek naar bewijs II. Evaluatieontwerpen onderwijs- en cultuurmaatregelen* (2014). Monique Turkenburg, Lex Herweijer, Andries van den Broek, Iris Andriessen. ISBN 978 90 377 0720 5 (elektronische publicatie)

2014-27 *Hulp geboden. Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van (meer) informele hulp* (2014). Mirjam de Klerk, Alice de Boer, Sjoerd Kooiker, Inger Plaisier, Peggy Schyns. ISBN 978 90 377 0721 2

2014-28 *Dichtbij huis. Lokale binding en inzet van dorpsbewoners* (2015). Lotte Vermeij, m.m.v. Anja Steenbekkers. ISBN 978 90 377 0722 9

2014-29 *Burn-out : verbanden tussen emotionele uitputting, arbeidsmarktpositie en Het Nieuwe Werken* (2014). Patricia van Echtelt (red.). ISBN 978 90 377 0723 6 (elektronische publicatie)

2014-30 *Bevrijd of beklemd? Werk, inhuur, inkomen en welbevinden van zzp'ers.* (2014). Edith Josten, Jan Dirk Vlasblom, Cok Vrooman. ISBN 978 90 377 0710 6 (elektronische publicatie)

2014-31 *Natuur en Cultuur. Een vergelijkende verkenning van betrokkenheid en beleid* (2014). Anja Steenbekkers en Andries van den Broek. ISBN 978 90 377 0726 7 (elektronische publicatie)

2014-32 *De acceptatie van homoseksualiteit door etnische en religieuze groepen in Nederland* (2014). Willem Huijnk. ISBN 978 90 377 0704 5

2014-33 *Verschil in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2014* (2014). Cok Vrooman, Mérove Gijsberts, Jeroen Boelhouwer (red.). ISBN 978 90 377 0724 3

2014-34 *Verenigd in verandering. Grote maatschappelijke organisaties en ontwikkelingen in de Nederlandse civil society* (2014). Hanneke Posthumus, Josje den Ridder en Joep de Hart. ISBN 978 90 377 0725 0

2014-35 *Jongeren en seksuele oriëntatie. Ervaringen van en opvattingen over lesbische, homoseksuele, biseksuele en heteroseksuele jongeren* (2015). Lisette Kuyper. ISBN 978 90 377 0727 4

2014-36 *Zorg beter begrepen. Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking* (2014). Isolde Woittiez, Lisa Putman, Evelien Eggink en Michiel Ras. ISBN 978 90 377 0729 8

2014-37 *Emancipatiemonitor 2014* (2014). Ans Merens (SCP), Marion van den Brakel (CBS) (red.). ISBN 978 90 377 0728 1

2014-38 *Aan het werk vanuit een bijstands- of werkloosheidsuitkering* (2014). Karin Wittebrood en Iris Andriessen. ISBN 978 90 377 0733 5 (elektronische publicatie)

2014-39 *Armoedesignalement 2014* (2014). ISBN 978 90 377 0730 4

2014-40 *Kostenverschillen in de jeugdzorg. Een verklaring van verschillen in kosten tussen gemeenten* (2014). Michiel Ras, Evert Pommer, Klarita Sadiraj. ISBN 978 90 377 0554 6 (elektronische publicatie)

2014-41 *De hoofdzaken van het Sociaal en Cultureel Rapport 2014* (2014). Cok Vrooman, Mérove Gijsberts en Jeroen Boelhouwer. Journalistieke samenvatting door Karolien Bais. ISBN 978 90 377 0692 5

2014-43 *Culturele activiteiten in 2012: bezoek, beoefening en steun* (Het culturele draagvlak, deel 13) (2014). Andries van den Broek. ISBN 978 90 377 0736 6 (elektronische publicatie)

SCP-publicaties 2015

2015-1 *Rapportage sport 2014* (2015). Annet Tiessen-Raaphorst. ISBN 978 90 377 0731 1

2015-2 *Media:Tijd in beeld. Dagelijkse tijdsbesteding aan media en communicatie* (Het culturele draagvlak, deel 14) (2015). Nathalie Sonck, Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0732 8

2015-3 *Aanbod van arbeid 2014. Arbeidsdeelname, flexibilisering en duurzame inzetbaarheid.* (2015). Jan Dirk Vlasblom, Patricia van Echtelt, Marian de Voogd-Hamelink. ISBN 978 90 377 0595 9

2015-4 *Zicht op zorggebruik. Ontwikkelingen in het gebruik van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging tussen 2004 en 2011* (2015). Inger Plaisier, Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0641 3

2015-6 *Maten voor gemeenten. Prestaties en uitgaven van de lokale overheid in de periode 2007-2012* (2015). Evert Pommer, Ingrid Ooms, Saskia Jansen. ISBN 978 90 377 0738 0

2015-7 *Concurrentie tussen mantelzorg en betaald werk* (2015). Edith Josten, Alice de Boer. ISBN 978 90 377 0550 8

2015-8 *Langer in Nederland. Ontwikkelingen in de leefsituatie van migranten uit Polen en Bulgarije in de eerste jaren na migratie* (2015). Mérove Gijsberts (SCP), Marcel Lubbers (Radboud Universiteit). ISBN 978 90 377 0571 3

2015-9 *Gisteren vandaag. Erfgoedbelangstelling en erfgoedbeoefening* (Het culturele draagvlak, deel 15) (2015). Andries van den Broek, Pepijn van Houwelingen. ISBN 978 90 377 0665 9

2015-10 *Vrouwen, mannen en de hulp aan (schoon)ouders* (2015). Alice de Boer, Mirjam de Klerk, Ans Merens ISBN 978 90 377 0745 8 (elektronische publicatie)

2015-11 *Jeugdzorg: verschil tussen budget en contract. Een voorbeeld uit de regio* (2015). Evert Pommer, Klarita Sadiraj. ISBN 978 90 377 0737 3 (elektronische publicatie)

2015-12 *Wel trouwen, niet zoenen. De houding van de Nederlandse bevolking tegenover lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen 2015* (2015). Lisette Kuyper ISBN 978 90 377 0742 7

2015-13 *Migranten uit Midden- en Oost-Europese landen in Nederland door de tijd gevolgd. Een vergelijking tussen twee panelonderzoeken* (2015). Mérove Gijsberts (SCP), Marcel Lubbers (RU), Jaco Dagevos (SCP/EUR), Joost Jansen (EUR), Godfried Engbersen (EUR), Erik Snel (EUR) ISBN 978 90 377 0744 1

2015-14 *Ouderenmishandeling in Nederland. Inzicht in kennis over omvang en achtergrond van ouderen die slachtoffer zijn van ouderenmishandeling* (2015). Inger Plaisier, Mirjam de Klerk (red.) ISBN 978 90 377 0748 9

Overige publicaties

Burgerperspectieven 2014 | 1 (2014). Paul Dekker en Josje den Ridder. ISBN 978 90 377 0701 4
Burgerperspectieven 2014 | 2 (2014). Lonneke van Noije, Josje den Ridder, Hanneke Posthumus. ISBN 978 90 377 0714 4
Burgerperspectieven 2014 | 3 (2014). Paul Dekker en Josje den Ridder, m.m.v. René Gude. ISBN 978 90 377 0653 6
Burgerperspectieven 2014 | 4 (2014). Josje den Ridder, Maaike den Draak, Pepijn van Houwelingen en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0735 9
Burgerperspectieven 2015 | 1 (2015). Paul Dekker, Josje den Ridder. ISBN 978 90 377 0740 3

Gescheiden werelden? (2014). Mark Bovens, Paul Dekker en Will Tiemeijer (red.). ISBN 978 90 377 0734 2. Gezamenlijke uitgave van het SCP en de WRR.